Kartei Nr. 34 * Inhalt - Ärzte

1. Akte: Hebammen und ärztliche Versorgung 1854 - 1888
2. Akte: Die Ärzte aus der Nachbarschaft
3. Allgemeine Belehrung über Milsbrand v. 1. 2.1909
4. Heft: Alkohol und seine Gefahren - Vorsorge
5. Krankenschein der AOK v. 28.11.1913
6. Heft: Schutz vor Seuchen v. 1914
7. Akte: Betr.: ärztliche Versorgung - Streit mit AOK-Stolzenau Dr. Parow
8. Ärztliche Abhandlung von Dr. Hübner 1948 über Frakturen und Gipsverband
9. Der psychogene Tod in der Kriegsgefangenschaft/Kl.-D. Stumpfe
10. Praxiseröffnung Dr. Watermann
11. Niedersächsisches Ärzteblatt

340002

Ärzte und Hebammen

Ärzte und

Das Hebammenwesen

Über die ärztlche Versorgung in der Stadt sind bislang keine
glich fest, daß im
war, daß in der Zeit
st ist nur bekannt,
ehburg mit versorgt
r noch genannt
erghol ein Haus auf
erbaut hatte. Heute
lößchen). Der be-
heute noch bei den
allend großer Mann,
n verfügt haben muß.
ht. Er fuhr mit der
immer von einigen
lt man sich, etwa
rall bekannt.
rjahre wurde die
ch Dr. Meyer in
elte sich ein Dr.
nach Kriegsende die Stadt bald wieder

Menschlichkeit siegte über Bürokratie

Kinderlähmungsimpfstoff ging von Rehburg-Stadt nach Budapest

Rehburg-Stadt. Eine Geschichte, die sich in dieser Woche zugetragen hat, sollte allen zu denken geben. Den Vorsitzenden des hiesigen DRK-Ortsvereins erreichte ein Notschreiben eines bekannten ungarischen Arztes, in dem er um Überlassung von Kinderlähmungsimpfstoff bat, da dort eine schreckliche Epidemie ausgebrochen und die Versorgung mit Impfstoff bei weitem nicht ausreichend sei.

Es wurde versucht, Impfstoff zu beschaffen, aber überall wurde mitgeteilt, daß die Versorgung gesichert sei, und daß man sich auf Einzelaktionen nicht einlassen könne. Nach langem hin und her bei den einzelnen Dienststellen fand sich ein Arzt, der hier den Impfstoff besorgen konnte. Da der Impfstoff leicht verderblich ist und der Transport immerhin Tage bis Budapest in Anspruch genommen hätte, mußte das Problem des Hinschaffens gelöst werden. In kürzester Zeit fand sich ein holländischer Flugkapitän, der es übernahm, den Impfstoff mit seiner Maschine nach Budapest mitzunehmen. Der Impfstoff wurde vorschriftsmäßig in Trockeneis verpackt und wurde morgens von einem Helfer auf den Flugplatz nach Hannover gebracht. Am Abend wurde er von dem Arzt auf dem Flugplatz in Budapest in Empfang genommen, wo er ihm zollfrei ausgehändigt wurde.

Die Menschlichkeit hat über den Bürokratismus und über alle politischen Schranken hinweg einen kleinen Sieg davongetragen, der ein nachahmenswertes Beispiel im Wahlkampf unserer Tage sein könnte.

verließ. Im Jahre 1947 wurde Dr. Hübner in der Stadt ansässig. Dieser aus der Mark Brandenburg stammend, hatte im letzten Krieg schweres durchgemacht, konnte nicht wieder in seine Heimat zurück, und kam als Arzt in unsere Stadt. Über seine Tätigkeit als Chirurg auf der Burg in Budapest schrieb ein damals verwundeter Landser das Buch - Im Todessturm von Budapest -. In der Heimatzeitung - Die Harke - erschien beigefügte Abschrift.

Über die Hebammen - Mutter Griepsch - sind wir seit etwa 1800 informiert. Die Hebamme wurde von der Stadt bezahlt, und auch auf ihre Kosten ausgebildet.
Wenn eine Hebamme aus irgendeinem Grund abgelöst wurde, sei es, daß sie zu alt geworden war, oder verzog , oder anderen besondere Gründe für eine Entlassung vorlagen, dann wurden sämtliche Bürgerfrauen auf das Rathaus gerufen, um dort in geheimer Wahl eine ihnen tauglich erscheinende Mitbürgerein für die Ausbildung vorzuschlagen. Auch die Bad Rehburger Frauen wurden geladen. Maßgeblich trug ganz früher der Pastor dazu bei, der den Frauen Vorschläge seinerseits machte.
Die Bürgerfrauen stimmten in geheimer Wahl ab. Die Mehrzahl der Stimmen war entscheidend. Es kam auch vor, daß eine Hebammenanwärterein einstimmig gewählt wurde. Konnte man in dem ersten Wahlgang nicht klar kommen, wurde ein zweiter Termin anberaumt. War dann eine Frau bestimmt, ging sie auf Kosten der Stadt ein bis zwei Jahre nach Hannover zur - Provinzialständischen Hebammenlehr= und Entbindungsanstalt -, und machte nach Beendigung ihrer Zeit dort die Hebammenprüfung, um nach hier zurückkehren zu können.
So ganz viel Instrumentarium hatten diese Damen füher noch nicht. Um einen Erdenbürger normal auf die Welt zu bringen reichte eine-Klystiersprütze, ein silberner Katheter und eine Nabelschnurscheere-.

Der Hebammenberuf in der heutigen Zeit ist auf dem Lande nicht mehr sehr gefragt.
Die meisten Entbindungen werden im Krankenhaus durchgeführt. Einmal haben die Angehörigen in der schnellen Zeit kaum die Möglichkeit die jungen Mütter zu pflegen, andererseits glaubt man aus hygienischen Gründen heute besser im Krankenhaus zu entbinden.
Bis vor wenigen Jahren war hier noch eine Hebamme tätig. Erwähnt sei, daß ihre Vorgängerin, als sie bald nach dem Krieg von einer Taufe aus Winzlar kam, an der Bürgermeisterkuhle einem Herzschlag erlag. Am nächsten Morgen wurde sie tot aufgefunden.
Jetzt besorgt die Hebamme aus Loccum die Entbindungen in Rehburg, nachdem die Hebamme Brunschön Rehburg aufgegeben hat, um am Nienburger Krankenhaus tätig zu werden.

Ärzte und

das Hebammenwesen

Über die ärztlche Versorgung in der Stadt sind bislang keine Unterlagen zu finden gewesen. Es steht lediglich fest, daß im Jahre 1799 ein Dr. Schweinitz in der Stadt war, daß in der Zeit um 1850 hier zwei Ärzte ansässig waren, sonst ist nur bekannt, daß Rehburg lange Zeit von Ärzten aus Bad Rehburg mit versorgt würde. Die bekanntesten, die heute hier immer noch genannt werden, waren ein Dr. Mathes, der sich in Berghol ein Haus auf der Höhe, mit dem Blick zum Steinhuder Meer erbaut hatte. Heute ist dieses Haus ein Ausflugslokal (Mathesschlößchen). Der bekanntere war der Dr. Michaelis, von dem man heute noch bei den Alten geheimnisvoll erzählt. Es war ein auffallend großer Mann, der über ein großes Wissen auf allen Gebieten verfügt haben muß. Ein großer schwarzer Bart zierte sein Gesicht. Er fuhr mit der Kutsche, oft vierspännig, begleitet wurde er immer von einigen großen Doggen. Sein Bezirk reichte, so erzählt man sich, etwa von Stadthagen bis nach Neustadt. Er war überall bekannt.
Um die Jahrhundertwende bis in die Dreißigerjahre wurde die Stadt von Bad Rehburg weiter verorgt, bis sich Dr. Meyer in Rehburg niederließ. In den Kriegsjahren siedelte sich ein Dr. Parow hier an, der aber nach Kriegsende die Stadt bald wieder verließ. Im Jahre 1947 wurde Dr. Hübner in der Stadt ansässig. Dieser aus der Mark Brandenburg stammend, hatte im letzten Krieg schweres durchgemacht, konnte nicht wieder in seine Heimat zurück, und kam als Arzt in unsere Stadt. Über seine Tätigkeit als Chirurg auf der Burg in Budapest schrieb ein damals verwundeter Lander das Buch - Im Todessturm von Budapest-. In der Heimatzeitung - Die Harke - erschien beigefügte Abschrift.

Über die Hebammen - Mutter Griepsch - sind wir seit etwa 1800 informiert. Die Hebamme wurde von der Stadtbezahlt, und auch auf ihre Kosten ausgebildet.
Wenn eine Hebamme aus irgendeinem Grund abgelöst wurde, sei es, daß sie zu alt geworden war,oder verzog , oder anderen besondere Gründe für eine Entlassung vorlagen, dann wurden sämtliche Bürgerfrauen auf das Rathaus gerufen, um dort in geheimer Wahl eine ihnen tauglich erscheinende Mitbürgerein für die Ausbildung vorzuschlagen.Auch die Bad Rehburger Frauen wurden geladen. Maßgeblich trug ganz früher der Pastor dazu bei, der den Frauen Vorschläge seinerseits machte.
Die Bürgerfrauen stimmten in geheimer Wahl ab. Die Mehrzahl der Stimmen war entscheidend. Es kam auch vor, daß eine Hebammenanwärterein einstimmig gewählt wurde. Konnte man in dem ersten Wahlgang nicht klar kommen, wurde ein zweiter Termin anberaumt. War dann eine Frau bestimmt, ging sie auf Kosten der Stadt ein bis zwei Jahre nach Hannover zur - Provinzialständischen Hebammenlehr= und Entbindungsanstalt -, und machte nach Beendigung ihrer Zeit dort die Hebammenprüfung, um nach hier zurückkehren zu könnren.
So ganz viel Instrumentarium hatten diese Damen füher noch nicht. Um einen ~~xxxxxxxx~~ Erdenbürger normal auf die Welt zu bringen reichte eine-Klystiersprütze, ein silberner Katheter und eine Nabelschnurscheere-.

Der Hebammenberuf in der heutigen Zeit ist auf dem Lande nicht mehr sehr gefragt.
Die meisten Entbindungen werden im Krankenhaus durchgeführt. Einmal haben die Angehörigen in der schnellen Zeit kaum die Möglichkeit die jungen Mütter zu pflegen, andererseits glaubt man aus hygienischen Gründen heute besser im Krankenhaus zu entbinden.
Bis vor wenigen Jahren war hier noch eine Hebamme tätig. Erwähnt sei, daß ihre Vorgängerin, als sie bald nach dem Krieg von einer Taufe aus Winzlar kam, an der Bürgermeisterkuhle einem Herzschlag erlag. Am nächsten Morgen wurde sie tot aufgefunden.
Jetzt besorgt die Hebamme aus Loccum die Entbindungen in Rehburg, nachdem die Hebamme [illegible] Rehburg aufgegeben hat, um am Nienburger Krankenhaus tätig zu werden.

Um 1888 war hier eine Hebamme Bössling tätig. Sie erhielt aus einem Sonderfonds 3o Mark zusätzlich im Jahr, der in Halbjahresbeträgen zur Auszahlung kam.
Gleichzeitig waren eine Hebamme Stöxen und Diele tätig, die nach dem Tode der Hebamme Bössling gemeinsam zugelassen waren. Als Frau Stöxen bald achtzigjährig starb, arbeiteten ab 1923 Frau Marie Laging und Frau Diele in Rehburg gemeinsam. Eine Therese Gerlach und Sophie Schöder Nr. 116 besuchten ebenfalls einen Hebammenkursus, haben aber nicht als Hebammen gearbeitet. Als Frau Laging 1947 starb, wurde die Stelle mit Frau Elfriede Brunschön jetzt Nr. 194 besetzt. Diese gab jedoch etwa 196o ihren Beruf auf, weil die emisten Frauen jetzt ins Krankenhaus zur Entbindung gingen. Die restlichen Hausentbindungen werden seit dieser Zeit von Frau Schönwald in Loccum besorgt.

bei den Armen, so gut als Reichen, wenn ich gefordert werde, gleich willfährig und nicht säumig zu sein, und keine in der Arbeit begriffene Frau zu verlassen, oder zu versäumen, wie e s einer getreuen, sorgfältigen und gewissenhaften Hebamme ziehmt und gebühret.

So wahr mir Gott helfe (im Archiv der Stadt)

15.1.78

35 Jahre Storchentante in Loccum

„Kind kaputt – Frau kaputt – du Frau, komm mit!"

Loccum. Nicht nur in Zeitungsredaktionen, sondern auch in öffentlichen Verwaltungen gibt es das ungeschriebene Gesetz: „krumme Jubiläen" werden nicht gefeiert bzw. erwähnt. Man begeht das 25jährige und das 50jährige. Was dazwischen bzw. drunter oder drüber ist, das ist von Übel, ist tabu.

Das Staatliche Gesundheitsamt in Nienburg macht dabei eine rühmliche Ausnahme, wohl in der richtigen Erkenntnis: welche Hebamme – Ausnahmen bestätigen die Regel – erreicht wohl mehr als 35 „Dienstjahre" an Müttern und Neugeborenen dieser Welt. Ein 50jähriges Jubiläum dürfte es da kaum geben. Vierzig ist die Höhe der Gefühle.

So machte sich gestern die Sozialarbeiterin des Gesundheitsamtes, Herta Ott, mit einem Blumenstrauß bewaffnet nach Loccum auf, um das Nützliche mit dem Angenehmen zu verbinden und nach einer Versammlung der noch neun diensttuenden Hebammen im Kreise Nienburg, Ida Schönwald in Loccum zum 35jährigen Jubiläum zu gratulieren und in eine fröhliche Kaffeerunde einzubrechen, zu der auch eine stattliche Berufsabordnung des Kreiskrankenhauses Stadthagen erschienen war; denn Frau Schönwald bringt ihre werdenden Mütter dorthin und versorgt sie dort.

Die frühere Schwierigkeit, die Dienstjahre der Hebammen, die aus den deutschen Ostgebieten gekommen sind und dort gearbeitet haben, festzustellen, was das „Jubilieren" besonders problematisch machte, ist jetzt durch eine eidesstattliche Erklärung behoben. Auch Frau Schönwald stammt aus dem früheren deutschen Osten. 1938 hat sie in Insterburg ihr Examen abgelegt und bereits wenige Wochen danach, am 4. August 1938, zum ersten Mal einer Mutter allein in ihrer schweren Stunde beigestanden und einem Kinde auf die Welt geholfen. Seither mögen es zweieinhalbtausend Kinder sein, die mit ihrer Hilfe „das Licht der Welt" erblickten, ihr erstes Bad bekamen und der Mutter in den Arm gelegt wurden.

Hausentbindungen werden immer seltener, auch wenn es heute noch vereinzelt Frauen gibt, die daran festhalten und darauf bestehen. Meist werden die Krankenhäuser in Nienburg, Minden, Hoya und Stadthagen belegt. Der Kreis Hoya hat überhaupt keine frei praktizierenden Hebammen mehr, der Kreis Grafschaft Diepholz noch zwei.

In 35 Jahren kann man so allerlei erleben. 1946 ging es mit einem Sonderausweis des Military Governements Nienburg nachts auf die Straße. Einmal wurde ein Bahnbeamter, der Ida Schönwald auf die Sperrstunde aufmerksam machte, zurechtgewiesen: „Sie dürfen nicht – ich schon!"

Aber auch die Gegenwart ist nicht arm an Erlebnissen. Kommt da ein Türke, der zum ersten Mal Vater geworden ist, zu einer Kollegin von Ida Schönwald und sagt: „Du Frau, komm mit, Kind kaputt, Frau auch kaputt!" Es war weder noch - nur Unwittenheit der jungen Mutter. So sehen unsere Hebammen auch ihre Aufgabe darin, den Müttern, die zu ihnen kommen, die im Kreisgebiet fehlende Mütterschule zu ersetzen.

Im übrigen wurde die Kaffeerunde bald gestört. Schon zuvor hatte es besorgt bezüglich der internen Jubiläumsfeier geheißen: „Am Mittwoch? Da ist ja Vollmond! Da kommen die Kinder!" Und richtig! Das Telefon klingelte für „Die schnelle Anna", Frau Gieseking aus Uchte und anschließend gleich noch für Frau Else Brand, ihre Schwester, die in Kleinenvörde stationiert ist.

HB

Die Hebammen hatten in alter Zeit einen Eid zu schwören, der ihnen vom Bürgermeister und Pastor abgenommen wurde. Er lautete

Ich schwöre, daß ich meine Pflichten und Handlungen in dem mir anvertrauten Hebammendienste als eine gewissenhafte Hebamme bei allen dahin gehörigen Fällen treu und sorgfältig verrichten, ohne alle Nebenabsichten handeln und Niemanden vorsätzlich nachtheilig sein will; vielmehr gelobe ich, durch meinen Beistand den Gebärerinnen alle mögliche Hülfe zu leisten, sie nicht zur Arbeit vor der Zeit anzustrengen, sondern behutsam mit denselben zu verfahren und sie nebst ihren jungen Kindern so lange bestens zu verpflegen, als es mir zukommt, insonderheit allen Fleiß alle Sorgfalt, Mühe und Arbeit , so viel möglich, zur Erhaltung sowohl der Mutter, als auch des Kindes anzuwenden, da bei den Armen, so gut als Reichen, wenn ich gefordert werde, gleich willfährig und nicht säumig zu sein, und keine in der Arbeit begriffene Frau zu verlassen, oder zu versäumen, wie e s einer getreuen, sorgfältigen und gewissenhaften Hebamme ziehmt und gebühret.

So wahr mir Gott helfe (im Archiv der Stadt)

15.1.73

35 Jahre Storchentante in Loccum

„Kind kaputt – Frau kaputt – du Frau, komm mit!"

Loccum. Nicht nur in Zeitungsredaktionen, sondern auch in öffentlichen Verwaltungen gibt es das ungeschriebene Gesetz: „krumme Jubiläen" werden nicht gefeiert bzw. erwähnt. Man begeht das 25jährige und das 50jährige. Was dazwischen bzw. drunter oder drüber ist, das ist von Übel, ist tabu.

Das Staatliche Gesundheitsamt in Nienburg macht dabei eine rühmliche Ausnahme, wohl in der richtigen Erkenntnis: welche Hebamme – Ausnahmen bestätigen die Regel – erreicht wohl mehr als 35 „Dienstjahre" an Müttern und Neugeborenen dieser Welt. Ein 50jähriges Jubiläum dürfte es da kaum geben. Vierzig ist die Höhe der Gefühle.

So machte sich gestern die Sozialarbeiterin des Gesundheitsamtes, Herta Ott, mit einem Blumenstrauß bewaffnet nach Loccum auf, um das Nützliche mit dem Angenehmen zu verbinden und nach einer Versammlung der noch neun diensttuenden Hebammen im Kreise Nienburg, Ida Schönwald in Loccum zum 35jährigen Jubiläum zu gratulieren und in eine fröhliche Kaffeerunde einzubrechen, zu der auch eine stattliche Berufsabordnung des Kreiskrankenhauses Stadthagen erschienen war; denn Frau Schönwald bringt ihre werdenden Mütter dorthin und versorgt sie dort.

Die frühere Schwierigkeit, die Dienstjahre der Hebammen, die aus den deutschen Ostgebieten gekommen sind und dort gearbeitet haben, festzustellen, was das „Jubilieren" besonders problematisch machte, ist jetzt durch eine eidesstattliche Erklärung behoben. Auch Frau Schönwald stammt aus dem früheren deutschen Osten. 1938 hat sie in Insterburg ihr Examen abgelegt und bereits wenige Wochen danach, am 4. August 1938, zum ersten Mal einer Mutter allein in ihrer schweren Stunde beigestanden und einem Kinde auf die Welt geholfen. Seither mögen es zweieinhalbtausend Kinder sein, die mit ihrer Hilfe „das Licht der Welt" erblickten, ihr erstes Bad bekamen und der Mutter in den Arm gelegt wurden.

Hausentbindungen werden immer seltener, auch wenn es heute noch vereinzelt Frauen gibt, die daran festhalten und darauf bestehen. Meist werden die Krankenhäuser in Nienburg, Minden, Hoya und Stadthagen belegt. Der Kreis Hoya hat überhaupt keine frei praktizierenden Hebammen mehr, der Kreis Grafschaft Diepholz noch zwei.

In 35 Jahren kann man so allerlei erleben. 1946 ging es mit einem Sonderausweis des Military Governements Nienburg nachts auf die Straße. Einmal wurde ein Bahnbeamter, der Ida Schönwald auf die Sperrstunde aufmerksam machte, zurechtgewiesen: „Sie dürfen nicht – ich schon!"

Aber auch die Gegenwart ist nicht arm an Erlebnissen. Kommt da ein Türke, der zum ersten Mal Vater geworden ist, zu einer Kollegin von Ida Schönwald und sagt: „Du Frau, komm mit, Kind kaputt, Frau auch kaputt!" Es war weder noch - nur Unwittenheit der jungen Mutter. So sehen unsere Hebammen auch ihre Aufgabe darin, den Müttern, die zu ihnen kommen, die im Kreisgebiet fehlende Mütterschule zu ersetzen.

Im übrigen wurde die Kaffeerunde bald gestört. Schon zuvor hatte es besorgt bezüglich der internen Jubiläumsfeier geheißen: „Am Mittwoch? Da ist ja Vollmond! Da kommen die Kinder!" Und richtig! Das Telefon klingelte für „Die schnelle Anna", Frau Gieseking aus Uchte und anschließend gleich noch für Frau Else Brand, ihre Schwester, die in Kleinenvörde stationiert ist.

HB

Armenarzt hatte 25 Jahre keine Rechnungen geschrieben

REHBURG-STADT (shmu). Über die ärztliche Versorgung in der Stadt liegen bislang keine Unterlagen vor, schrieb 1966 Dr. Hübner in „Rehburg — Geschichte einer kleinen Stadt". Inzwischen fanden sich im Niedersächsischen Staatsarchiv Hannover Akten, die von einem Rehburger Arzt und seinem Kampf um das zustehende Gehalt berichten

Am 1. Juli 1819, vor 150 Jahren also, stellte der Rehburger Magistrat den Chirurgen Hans Georg Heinrich Schönian als Armenarzt an. Damit übernahm Schönian die Pflicht, die Armen der Stadt unentgeltlich zu behandeln. Für seine Bemühungen sollte der Chirurg aus der Stadtkasse 50 Reichstaler erhalten.

Der Chirurg Schönian behandelte die Rehburger recht und schlecht. Nie hörte man Klagen über ihn. Als der Sohn des Dr. Schönian auf die Universität ziehen wollte, benötigte der Vater Geld. Jetzt entsann sich Dr. Schönian des Vertrages, den er im Jahre 1819 mit der Stadt abgeschlossen hatte. Dr. Schönian schrieb am 19. Mai 1844 an die Stadtverwaltung und bat um das fällige Gehalt von 1819 bis 1844. Der Rat der Stadt antwortete nicht gleich auf das Gesuch des Dr. Schönian. Er ließ erst einmal in der Registratur nachforschen.

Da fand sich dann im Archiv der Stadt eine bedeutsame Quittung, die lautete: Daß mir für den Zeitraum vom 1 Juli 1819 bis jetzt, dem hohen Rescript Königlicher Provinzialregierung vom 21. Mai zu folge für unentgeldliche Behandlung der Armen in der Rehburg beigelegte Gehalt von 70 Reichsthalern in Cour. Münze aus der Nebenlage Rechnung der Stadt Rehburg ausbezahlet worden, bescheinige ich hierdurch, quittiert, Rehburg, 28. Mai 1821, Schönian.

Aber für die Jahre von 1821 bis 1844 fand sich keine Quittung an. Am 1. November 1845 mahnte Dr. Schönian seine Forderung erneut an. Am 30. November beriet der Rat der Stadt über die Forderungen Schönians. Zum Stadtrat gehörten damals folgende Herren: zwei mit Namen Heinrich Dökel, A. Mahlmann, Christ. Stöxen, Christ, Buck und Friedrich Gallmeyer. Der Rat kam zu dem Entschluß, daß der Dr. Schönian kein Geld zu fordern habe, da der Herr Dr. Schönian sich nicht an alle Punkte des Vertrags von 1819 gehalten habe

Der Doktor habe nur kurze Zeit in Rehburg gewohnt, 1822 verzog er nach dem Brunnen (Bad Rehburg).

Der Doktor habe das 1819 verlangte Staatsexamen erst 1839 abgelegt.

Nach langen Diskussionen bildete sich aber im Rat eine Mehrheit für Dr. Schönian. Der Arzt habe die armen Kranken der Stadt nicht nur umsonst behandelt, sondern sie auch noch mit Essen und Trinken versorgt. In den letzten 25 Jahren habe Dr. Schönian der Stadt nie eine Rechnung geschrieben. In dem Ratsprotokoll vom 30. November heißt es abschließend: Hiernach und da man gedachten Arzt gern bezeugen konnte und mußte, daß er sich fortwährend mit großer Liebe und Bereitwilligkeit unserer armen hiesigen Kranken angenommen hatte, war man bereit und einigte sich dahin, den gedachten Arzt statt seiner Forderung die Summe von 300 Thalern zu zahlen.

Am 2. Dezember empfing Dr. Schönian aus der Stadtkasse 100 Taler als Abschlagszahlung. Am 29. Oktober 1846 erinnerte der Dr. Schönian den Rat der Stadt Rehburg an ihren Beschluß vom 30. November 1845. Die Rehburger hatten sich inzwischen an die Regierung in Hannover gewandt. Die Regierung billigte dem Dr. Schönian für seine jahrelangen Bemühungen eine Entschädigung von 300 Talern zu. Am 18. März 1849 bat der Dr. Schönian die Stadtverwaltung ihm doch endlich die versprochene Summe zu zahlen. Bereits einen Tag später traf sich der Rat der Stadt zu einer Sitzung.

In der Sitzung faßte man den Beschluß, dem Dr. Schönian das Geld zu zahlen, wenn der Erlös des Holzverkaufs es zuließe. Ob der Dr. Schönian sein Geld noch erhalten hat, ging aus den Akten nicht hervor. Eine Quittung des Dr. Schönian war nicht bei den Akten.

Ein Sohn des Dr. Schönian, Georg Wilhelm Bernhard Adolf Schönian, der am 20. Juli 1822 in Rehburg geboren war, amtierte von 1847 bis 1850 als Garnisonschirurg auf dem Wilhelmstein. Er starb 1882 in Bückeburg.

In Rehburg amtierte seit dem 1. Januar 1842 Dr. Bahlmann als Armenarzt der Stadt. Dr. Bahlmann bekam nur 20 Taler Gehalt aus der Stadtkasse jährlich. Als Dr. Bahlmann 1858 ein höheres Gehalt forderte, lehnte man diese Forderung ab. Gleichzeitig machte es man ihm zur Pflicht, für jeden Krankenbesuch bei einem Stadtarmen eine besondere Rechnung zu schreiben. Wie lange Dr. Bahlmann in Rehburg blieb, ließ sich noch nicht ermitteln.

340008

25 Jahre am Bohrer

Zahnarzt Friedrich Asche hat Berufsjubiläum

Rehburg-Stadt. Am Wochenende feierte Zahnarzt Friedrich Asche in Rehburg-Stadt sein 25jähriges Berufsjubiläum. Der aus Schneeren gebürtige Zahnarzt studierte an der Universität Münster und bestand am 20. Juni 1934 das zahnärztliche Staatsexamen. Anschließend arbeitete er in Vertretungen an verschiedenen Orten, war später in Osnabrück als Assistenzarzt und kam am 29. September 1956 nach Rehburg-Stadt. Vor zwei Jahren richtete er sich schließlich in der Bahnhofstraße eine geräumige und moderne Praxis ein, nachdem er vorher in weniger günstigen Räumlichkeiten praktiziert hatte.



Ungezählten Menschen hat Zahnarzt Asche in den 25 Berufsjahren bisher helfen können. Heute verfügt er über das modernste Behandlungsgerät, das die Wissenschaft entwickeln konnte: In seiner Praxis steht eine Bordon-Airotor-Turbinenbohrmaschine. Ihr hochtouriger Bohrer – er „macht" – über 300 000 Umdrehungen! — ist im wahrsten Sinne des Wortes schneller als der Schmerz.

Man muß sich die Wirkungsweise dieser Maschine so verdeutlichen: Führt man einem Menschen einen normalen Kinofilm mit der zehnfachen Geschwindigkeit vor, dann sieht er – nichts! Ähnlich ist es bei der Wahrnehnung von Schmerzen. Nur „tupfend" arbeitet sich die wassergekühlte Bohrerspitze im kranken Zahn vorwärts. Bei jeder Berührung wird erstaunlich viel zerstörter Schmelz weggenommen. Der von vielen mit banger Erwartung nach langem Hinauszögern endlich doch vorgenommene Gang zum Zahnarzt hat viel von seinem Schrecken verloren!

Friedrich Asche gab seine Praxis im Jahre 1979 auf. Sein nachfolger wurde ein Zahnarzt Petersen, der auch sein Haus übernahm.

Dr. Hübner gab seine Praxis am 1.4.1981 auf. Sein Nachfolger wurde Dr.med. Felix Watermann, der zunächst mit seiner Frau bei Ludwig Benninge Brunnenstraße wohnte. Im Jahr 1982 kaufte er sic ein Haus vor dem Buchholz, wo er zum 1.4.82 einzog.

„Use Dokter“

Eine dankbare Erinnerung

Als er noch vor Jahrzehnten Tag für Tag von früh bis spät praktizierte und selbstverständlich auch nachts auf dem Sprunge war, um bei Gallen- und Nierenkolik oder in anderen dringenden Notfällen einzugreifen, nannte man ihn einfach „use Dokter“, was keineswegs abwertend gemeint war, sondern vielmehr mit Respekt, Zuneigung und Verehrung zu tun hatte, die bekanntlich nur einem Menschen zuteil werden kann, dem man sich ganz nahe und verbunden fühlt. Auch heute noch kommt manchmal die Rede auf ihn in den Stuben oder bei besonderen festlichen Anlässen, und dann lobt man diesen Mann aus Leibeskräften.

Damals als junger Mediziner kutschierte er noch mit Pferd und Chaisewagen, später schaffte er sich als erster im Dorf ein „Töfftöff“ an und brauste über holprige Wege und Straßen zu den Gehöften, wo man ihn brauchte. Sogar den Postboten mit der roten Eilbotentasche lud er zur Mitfahrt ein, um flugs einen Eilbrief oder ein Telegramm zuzustellen. Dann wieder las er unterwegs auf der staubigen Landstraße seine Mitbürger wie erschöpfte Maikäfer auf oder nahm Nachbarskinder mit, die ihren Spaß an der lauten Ratterreise und dem kräftigen Windzug hatten.

Ja, so war „use Dokter“: immer entgegenkommend, nobel und menschlich. Und während des Krieges holte er seinen ausgedienten Drahtesel wieder aus dem Schuppen, weil kein Fitzelchen Kraftstoff mehr aus der Zapfsäule tropfte, schnallte seinen Verbandskasten auf den Gepäckträger und strampelte los. Wollte es mit dem Aufsteigen bei prallvollem Magen und müden Knochen nicht mehr recht klappen, rief er die Kinder herbei und ließ sich anschieben, was meist ein Mordshallo gab.

Jede Visite würzte er mit Freude, hatte immer etwas Drolliges auf Lager, um seine Patienten aufzumöbeln und folgte seiner eigenwilligen Psychologie, in deren Mittelpunkt die gesunde bäuerliche Wesensart stand. Selbstverständlich nahm der gute Doktor Diagnose und Therapie ernst, schonte sich nicht, und chronisch Kranke waren ihm ebenso wichtig wie Erstfälle.

Als dieser Mann auf die Siebzig zusteuerte und das Treppensteigen ihm Mühe machte, verpustete er sich erstmal in den Küchen und kleinen Stuben hinter den Stallungen, denn Hausgelegenheit wußte er immer, und dann fragte er nach dem Befinden der Kranken. Kriegte er zur Antwort: „Vandage geiht et all bäter“, sparte er sich den Gang nach oben, stellte vorsorglich ein neues Rezept aus und machte sich wieder aus dem Staube, wenn man nicht irgendeinen Rat von ihm benötigte.

„Use Dokter“ war nämlich nebenbei Vertrauter in allen Lebenslagen. Jede Sorge band man ihm mit auf, gleichgültig, ob es um das Vieh, das Heiraten oder um die Qualität der Saatkartoffeln ging. Die Familien waren ihm genau so vertraut wie die Häuser. Und als ihm später die vielen Namen über den Kopf wuchsen, hatte er überall einen Gewährsmann, von dem er die Fäden behutsam zu den anderen Verwandten spann.

Das wickelte sich immer nach dem gleichen Schema ab. Der Doktor besah sich den Krankenschein, studierte Zeile für Zeile eingehend und nahm dann den Patienten scharf aufs Korn. Nach kurzem Besinnen fragte er dann beispielsweise: „Bist du mit dem Friedrich hinter der Kirche verwandt?“ „Ja, Herr Doktor, das ist mein Onkel.“

Erst nach dieser Klarstellung, die meist mit einem Lächeln endete, ging der Arzt ins Geschirr, klopfte ab, setzte seinen Hörapparat an, ließ tief durchatmen, stellte Rückfragen nach „dütt und datt“, kritzelte eifrig auf dem Rezeptblock, während der Besucher in andächtiger Stille verharrte. Das dauerte seine Zeit, denn Fertigpräparate gab es kaum, und bei jedem Mittel mußten Zusammensetzung und Dosierung für den Apotheker festgelegt werden.

Ein anderes Mal stolzierte die junge Bäuerin Luise aus dem Nachbardorf in die „Spreckstunne“, um sich von oben bis unten untersuchen zu lassen. Ein schönes farbiges Kopftuch hatte sie sich umgebunden, das dem Doktor recht gefiel. Er sprang gleich vom Stuhle auf, umkreiste die Frau mehrmals und bewunderte sie so eingehend, daß sie ganz verwirrt und puterrot wurde. „Segget Se, wo hebbet Se dat kofft?“ Dann erst forderte er auf, sich zu entkleiden. „Aber dat Dauk bliewt up den Koppe“, entschied er. Und dabei blieb es.

Heinz Meyer

Um einen Arzt fest nach Rehburg zu bekommen, baute die Stadt an der Straße nach Bad Rehburg im Jahre 1924 ein Arzthaus für 16000 Goldmark. Dieses Haus wurde dann von dem praktischen Arzt Dr.med. Karl Meyer bezogen und an ihn vom Bürgermeister Günther einschl. Gelände für 10000 RM verkauft.

Frdr. Georg Jünger über Dr. Michaelis

Ein alter Arzt, den immer zwei riesige Doggen begleiteten, hatte eine Vorliebe für meine Schwester Hanna gefaßt und erlaubt uns, seinen großen Obstgarten, in dem auch Pfirsiche und Edelkastanien standen, die er an den Mauern zog, nach Belieben zu plündern. Im Sommer und Herbst machten wir diesem Garten Besuche. Der Arzt, der mit seinen Hunden, seinem schwarzen Schlapphut und seiner ganzen mächtigen Gestalt den Staatsmann nachahmte, den er leidenschaftlich verehrte, hatte dessen Denkmal in seinem Garten aufgestellt. Mit den Jahren wurde es von dem wuchernden Gesträuch so eingeschlossen und überwachsen wie die Statue eines Gartengottes, der in Vergessenheit geraten ist. Ich besuchte dieses Denkmal hin und wieder, und eigentümlich war mir zu sehen, wie es mehr und mehr im Grünen versank. Das hatte etwas Friedliches. Mir war dieser alte Arzt, wenn ich ihn mit seinen getigerten und gestromten Doggen auf den Wegen gehen sah, ein Sinnbild aller Freigiebigkeit, woran die köstlichen Pfirsiche, die ich von seinem Spalier pflückte, ihren Anteil hatten, aber auch die Hunde, denn ein Mann, der von so großen Fressern umgeben war, konnte ich mir nicht kleinlich und sparsam vorstellen.

Abdruck des Berichts an „Die Harke"!

Ein Gesandter des Himmels

Dr. Werner H ü b n e r , Rehburg-Stadt, ein Held der Menschlichkeit, der große Arzt von Budapest !

Bekanntlich wurde im vergangenen Krieg großes Heldentum hervorgebracht. Vieles wurde bekannt; es gab besondere Auszeichnungen und Anerkennungen. Aber auch vieles konnte nicht erfasst werden, weil niemand darüber berichtete und nicht zuletzt, die Besserung der Zeiten hat leider große menschliche Taten vergessen lassen.

In "Die Harke" habe ich mit Freude und Bewunderung von dem rührigen DRK-Ortsvereinsvorsitzenden Dr. Werner Hübner aus Rehburg-Stadt gelesen. Diese Zeilen haben mich an eine bittere Zeit erinnert, über die Dr. Werner Hübner neben tausend anderen Soldatenleben auch mein Leben hinweg gebracht hat. Er ist also mein Lebensretter.

Alle grausamen und bitteren Erlebnisse der furchtbaren, menschenvernichtenden Kesselschlacht von Budapest habe ich in einem in Kürze erscheinenden Buch "Nem, Nem, Soha" - Leiden um Budapest - das einen Tatsachenbericht darstellt, zusammengefaßt. Nach Fertigstellung des Manuskripts habe ich in den ersten Maitagen dieses Jahres den großen Arzt von Budapest in Rehburg-Stadt aufgesucht und so nach 15 Jahren mit diesem Mann ein Wiedersehen erlebt, das von stillem, aber großem Heldentum umhaucht war.

Ich traf ihn gottlob in einer anderen Verfassung vor, als ich ihn in Budapest als junger schwerverwundeter Landser kennenlernte. Die Grundzüge seines Wesens sind auch nach 15 Jahren die gleichen geblieben. Bescheidenheit scheint ihm angeboren zu sein und die ständige Hilfsbereitschaft für die Menschen nicht nur Beruf sondern innere Berufung. Er lebt in seiner Umwelt und erfüllt täglich seine ärztliche Pflicht, ohne daß die, die er behandelt, wissen, mit was

Das dürfte der Anfang sein. /
Man soll wissen, was bei uns los war. /

für einem menschlich großen Arzt sie es zu tun haben. Es wundert mich nicht, daß er nach der für ihn schrecklichen, an Enttäuschungen reichen Zeit, auch nach dem Krieg unter dem Zeichen des Deutschen Roten Kreuzes eine beispielhafte, rege Arbeit im Dienste der Nächstenliebe entfaltet, und darin die vielen Bitterkeiten überwindet.

Die Kesselschlacht von Budapest wurde für Dr. Hübner die härteste Probe seiner ärztlichen Berufung. Bei dem Ausbruchversuch der deutschen Verteidiger, der mit der Vernichtung und dem Tod von rund 40 000 Soldaten bezahlt werden mußte, blieben in den Kellerräumen, besser gesagt, in den Todeskatakomben der Budapester Burg, etwa 2 000 schwerverwundete Soldaten liegen, ohne Sanitätspersonal und ohne Ärzte, die sich dem Ausbruchversuch angeschlossen und die Verwundeten einfach im Stich ließen.

Dr. Hübner, selbst bauchverletzt, hat sich in das große unterirdische Todesasyl geschleppt und ein nicht annähernd zu beschreibendes Chaos vorgefunden. Als einziger Arzt blieb er bei den einfach ihrem Schicksal überlassenen, hungernden, sterbenden, sich selbst erschießenden Soldaten und begann in aussichtsloser Position eine Arbeit, die in der Kriegsgeschichte einmalig dastehen dürfte. Ohne Rücksich auf seine Bauchverletzung, obwohl von diesem in den Todeskatakomben herrschenden unsagbaren Leid überwältigt, sprang er im wahrsten Sinne des Wortes gegen die bei den Landsern aufgekommene Verzweiflung, gegen den Wahnsinn an, er kämpfte einen zähen, verbissenen und in Worten nicht zu schildernden Kampf gegen den Verwundungstod, nur unterstützt von einer Hand voll wackerer Landser, die niemals mit der Sanität zu tun hatten. Abgemagert bis auf 92 Pfund hat er schließlich seinen scheinbar aussichtslosen Kampf zum Erfolg geführt. Seine menschliche Größe, seine Aufopferungsfreudigkeit, seine innere ärztliche Berufung und seine nie versiegende Energie haben ihn dabei unterstützt. Von haushohen Wellen menschlichen Elends, himmelschreienden Siechtums und

und schreienden, hungernden und sterbenden Menschen in den miefgefüllten, feuchten und düsteren Katakomben der Budapester Burg umgeben, rettete er unter Einsatz seines Lebens beim Erscheinen der Russen bei geschickten Verhandlungen und durch eine geradezu heroische und klare Haltung gegenüber den Russen das Leben der tausenden schwerverwundeten, über alle Maßen verlausten und dem Verhungern nahen Landsern. Dr. Hübner war einem Nervenzusammenbruch nahe, als in den unteren Katakomben ein Feuer von unvorstellbarem Ausmaß ausbrach, dem etwa 800 Schwerverwundete Landser zum Opfer fielen. An der Grenze seiner menschlichen Kraft sprang Dr. Hübner mit seinen wenigen freiwilligen Helfern in die gierig fressenden Flammen und zog die lebendig Verbrennenden aus dem ätzenden Rauch und dem erstickenden Qualm. 100 Landser konnten aus dem Feuer gezogen werden. Viele von Ihnen, die aus den Katakomben auf den Burghof gebracht worden waren oder aus eigener Kraft sich dorthin schleppen konnten, waren kurze Zeit später im Schnee zu Leichen erstarrt. Dr. Hübner gab sich jedoch nicht geschlagen. Etwa 1/5 der Insassen des großen unterirdischen Lazaretts, die Dr. Hübner mit aller Konsequenz und stetem persönlichen Einsatz rettete, nannten ihn den Gesandten des Himmels. Der heldenhafte Arzt von Budapest operierte Tag und Nacht unter den schwierigsten Bedingungen; es herrschte Wassermangel, ärztliches Instrumentarium, Medikamente und Verbandsmaterial waren kaum mehr vorhanden, Verpflegung gab es praktische keine. Dr. Hübners einzigartige Haltung wurde schließlich doch von den Russen respektiert, was für die Verwundeten zur Folge hatte, daß die Verhältnisse etwas besser wurde und die Hoffnung auf ein Weiterleben erweckte.

Ich glaube, daß ich in dieser gedrängten Form auf den bescheidenen Mann in Rehburg-Stadt hingewiesen habe. Ich darf hoffen, daß dieser auch heute, ohne in der Öffentlichkeit groß aufzufallen, im Dienste der Nächstenliebe stehende Mann, eines Tages zu der ihm gebührenden Ehre seitens des Vaterlandes gelangt; denn Dr. Hübner hat in Budapest Geschichte im Dienste des Lebens gemacht.

340014

50 Jahre alt

Stadt Rehburgs Bürgermeister



Rehburg-Stadt. Dr. Werner Hübner, Arzt und Bürgermeister in Rehburg-Stadt, vollendet heute das halbe Jahrhundert. Er stammt aus Berlin, kam nach dem Kriege zunächst nach Loccum, dann aber bald nach Rehburg-Stadt, wo er sich aus den kleinsten Anfängen heraus eine Arztpraxis aufbaute. Er machte den Krieg in Rußland in den vordersten Fronten mit und hat sich als Militärarzt außerordentlich große Verdienste erworben. Die Bedeutung des Deutschen Roten Kreuzes lernte Dr. Hübner in diesen Kriegsjahren auch kennen, Anlaß für ihn, die Arbeit nach dem Kriege für das Deutsche Rote Kreuz zu aktivieren. Das ist ihm in Rehburg-Stadt und in der Umgebung in hohem Maße gelungen. Die Bevölkerung schätzt ihren Arzt nicht nur wegen seiner steten Hilfsbereitschaft sondern auch wegen seiner menschlichen Qualitäten. Daß Werner Hübner bei den letzten Kommunalwahlen zum Bürgermeister gewählt wurde, war aus diesen Gründen nicht verwunderlich.

Dr. Werner Hübner liebt seinen Beruf, er pflegt die Geselligkeit und ist ein Freund der Natur.

Die Ärzte aus der Nachbarschaft.

Zur Erinnerung an Dr. med. G. Möller

Stadthagen. Mit dem abgebildeten Foto vom früheren Landeskrankenhaus an der Vornhäger Straße erinnern wir an den inzwischen verstorbenen langjährigen Chefarzt des Evangelischen Krankenhauses (heute Kreiskrankenhaus) in Stadthagen, Dr. med. Gustav Möller. Der Arzt aus Leidenschaft wirkte sein ganzes Leben lang für das Wohl der Bevölkerung im Schaumburger Land.

Dr. Gustav Möller, aus Bielefeld stammend, ließ sich 1930 als Facharzt für Chirurgie in Stadthagen nieder und wirkte zunächst im Landeskrankenhaus an der Vornhäger Straße. In den Jahren zuvor war Dr. Möller als Oberarzt der chirurgischen Abteilung am Städtischen Krankenhaus „Siloah“ in Hannover tätig, wo er sich auch längere Zeit auf dem Fachgebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe bewährte.

Seiner Initiative ist es mit zu verdanken, daß im Oktober 1934 ein neues, modern eingerichtetes Krankenhaus in Stadthagen seinem Zweck übergeben werden konnte. Bei der Einweihung wurde Dr. Möller gleichzeitig als Chefarzt zur Leitung des neuen Evangelischen Krankenhauses berufen. In den weiteren Jahren erfolgten unter seiner Leitung mehrere Anbauten.

Mit Beginn des Zweiten Weltkriegs wurden verschiedene Hilfskrankenhäuser eingerichtet. So war sogar eine Krankenabteilung im Stadthäger Schloß untergebracht. Nach der Erweiterung des Krankenhauses wurde die Abteilung aufgelöst. 1941 wurde eine gut eingerichtete Isolierabteilung erbaut.

Neben seiner Krankenhaus-Tätigkeit war Dr. Möller lange Jahre Mitglied der Ärztekammer Niedersachsen und Leiter des hiesigen Ärztevereins. Viele der heute im Schaumburger Land tätigen Ärzte sind unter seiner Leitung als Assistenzärzte am Krankenhaus tätig gewesen und haben ihn als hervorragenden Arzt und Menschen kennen- und schätzengelernt.

Und das schrieb der General-Anzeiger am 5. Januar 1955 zum 25jährigen Chefarzt-Jubiläum über Dr. Möller: „Sein großes fachliches Wissen und operatives Können und sein ruhiges bestimmtes Wesen sichern den aus Bielefeld stammenden Arzt das unbedingte Vertrauen und die Verehrung aller, die ihn als Kollegen kennenlernten oder als Patienten aufsuchten.“



Das ehemalige Landeskrankenhaus an der Vornhäger Straße.

340017

VON MENSCH ZU MENSCH

Heute wird er 60 Jahre alt: Medizinaldirektor Dr. Ludwig Gernhardt, der sich als Amtsarzt und Leiter des Staatlichen Gesundheitsamtes in Nienburg durch seine Aktivität um die gesamte Gesundheitsfürsorge sehr verdient gemacht hat.

Dr. Gernhardt stammt aus dem Hessischen, aus einem 200-Seelen-Dorf im Kreis Fritzlar, wo sein Vater Schulmeister war und er als jüngster von fünf Geschwistern – drei Brüdern und einer Schwester – auch beim Vater die ersten vier Jahre zur Schule ging. Dann mußte nach Kassel gefahren und dort das Abitur gebaut werden. Nach dem Arbeitsdienst kam die Berufsfrage.

Für ein Studium war das Geld in der kinderreichen Familie knapp geworden, aber da gab es ja die Militärärzteakademie in Berlin. Ludwig Gernhardt wurde Militärarzt-Anwärter und verbrachte die klinische Zeit in Wien, wo er auch sein Staatsexamen machte. Dann kam der Krieg und machte einen Strich durch weitere Zukunftspläne.

Der Fallschirmjäger Gernhardt war in Frankreich, in Rußland, in Italien und zum Schluß wieder in Frankreich, wo er, nachdem die Festung Brest gefallen war, im September 1944 bei Cherbourg in amerikanische Gefangenschaft geriet und nach Neu-Mexiko verfrachtet wurde, wo heute die Raketenbasen sind.

Als Gernhardt 1946 in die Heimat zurückkam, war es um Arztstellen schlecht bestellt. Militärärzte mußten sich erst umschulen lassen, um sich zivildienstliche Kenntnisse anzueignen. Bei der „Wanderung" durch verschiedene Kliniken, unter anderem auch in Darmstadt, lernte er seine Frau kennen, die Assistentin an der Pädagogischen Hochschule war. 1948 heiratete das Paar. Gernhardt liebäugelte mit einer Niederlassung, und in Niedersachsen hätte sich nach dem Tode von Dr. Siemering auch das Gebiet Drakenburg-Rohrsen-Haßbergen-Heemsen angeboten, aber die Bezirksstelle in Verden vergab weder Nieder- noch Zulassung. Also zurück nach Darmstadt.



Doch wie das Leben so spielt: Gernhardts Schwester hatte den Nienburger Oberkreisdirektor Harms geheiratet. Durch seinen Schwager erfuhr Gernhardt, daß am Staatlichen Gesundheitsamt Nienburg die dritte von vier amtsärztlichen Planstellen zu besetzen war. (Heute ist der Medizinaldirektor allein auf weiter Flur. Nur einmal wöchentlich hilft ein Arzt aus Rehburg, und einmal im Monat jemand von der Jugendpsychiatrie aus Wunstorf).

Mit der dritten Amtsarztstelle ging das so bis 1958. 1960 bis 1963 war Gernhardt in Bremerhaven. Als „Chef" kehrte er nach Nienburg zurück, wo er auch am Zustandekommen des neuen Gesundheitsamtes in der Triemerstraße beteiligt ist. Seine Hauptaufgabe sieht der erfahrene Arzt vorwiegend in der Betreuung und Versorgung von Süchtigen und Geisteskranken, aber er ist unzufrieden über unnötigen „Papierkrieg", der seine Arbeit erschwert und ihn von Wichtigem abhält. Ausgedehnt ist die Gutachtertätigkeit. Manches andere, das auch nötig wäre, kommt darüber zu kurz. Für die Zukunft eröffnen sich hinsichtlich des öffentlichen Gesundheitswesens bessere Perspektiven: Wer sich beim Medizinstudium verpflichtet, die amtsärztliche Laufbahn einzuschlagen, kann außerhalb des Numerus clausus einen Sonderplatz erhalten. Gernhardts haben drei Kinder. Der jüngste Sohn geht noch zur Schule. Der ältere und die Tochter sind Mediziner – wie könnte es anders sein!

HB

VON MENSCH ZU MENSCH

Dr. med. Heinrich Meyer-Heiden in Nienburg, Röntgen-Facharzt und Inhaber vieler Ehrenämter, ist heute 65 Jahre alt. Der geborene Heidjer (Munster) studierte in Göttingen, Würzburg, Berlin und Jena und entschloß sich während der Ausbildung, Röntgenologe zu werden. „Ich bin mit Begeisterung Arzt und mein Hobby ist die Technik." Schon als Sekundaner bastelte sich Meyer-Heiden ein Radio, und wenn heute in seiner mit modernsten Geräten ausgerüsteten Praxis, übrigens die einzige im Raume Hannover-Minden-Bremen, Störungen auftreten, dann ist die Beseitigung für ihn kein Problem. Beruf und Hobby ergänzen sich sinnvoll.

Erstaunlich, wie Dr. Meyer-Heiden mit der Fülle der Aufgaben, die ihm die vielen Ehrenämter im beruflichen und öffentlichen Bereich seit der Niederlassung im Jahre 1946 in Nienburg, fertig wird. Nun, er hat Mut zum Engagement, und wenn man ihn in die Verantwortung stellt, dann trägt er sie mit der ganzen Kraft seiner Persönlichkeit. Schon im Kriege war ihm der Aufbau des Lazarettnetzes in einigen Frontabschnitten im Osten übertragen. Nach dem Kriege stellte er sich zur Mitarbeit in den berufsständigen Organisationen zur Verfügung. Der heute fünfundsechzigjährige Mediziner war dabei, als man vor 25 Jahren den Ärzteverein wiedergründete, ist seit dieser Zeit im Vorstand und sitzt auch im Vorstand des Verbandes niedersächsischer Radiologen und der nuklearen Mediziner. 25 Jahre ist Dr. Meyer-Heiden Vorsitzender der privatärztlichen Verrechnungsstelle Verden. Da er in Nienburg sein Abitur gemacht hatte, war es klar, daß er zu den Mitbegründern der „Vereinigung ehemaliger Nienburger Pennäler" gehört, die auf Meyer-Heidens Initiative ein Ehrenmal für die Toten des zweiten Weltkrieges der Albert-Schweitzer-Schule schufen, das im November



1974 eingeweiht wurde.

Das Deutsche Rote Kreuz führt Dr. Meyer-Heiden seit 1967, und es ist ohne Frage sein Verdienst, wenn der Kreisverband mit seinen 31 Ortsvereinen und rund 7000 Mitgliedern in seinen Leistungen mit an der Spitze in Niedersachsen steht. – Seit 1967 ist der Doktor I. Bürgerkapitän des Officiers- und Unterofficiers-Corps. Die Pflege einer uralten, einmaligen Tradition in der Stadt Nienburg wurde damit in seine Hände gelegt. Gewiß keine leichte Verpflichtung in unserer Zeit. Aber er wird es schaffen, meint er. Der Bau der neuen Bürgerhalle auf historischem Boden ist dem Kapitän gelungen, auch wenn es schwer fiel. Ein Beitrag zum Jubiläum der Stadt.

Dr. Heinrich Meyer-Heiden ist Korporationsstudent, er gehört der „Sängerschaft Gotia", Göttingen, an und ist Vorsitzender der Altherrenschaft. Von der Zeit in dieser Verbindung spricht er gern, „denn sie bringt nicht nur Freude, sondern ein Erleben in der Gemeinschaft, das letzlich den jungen Menschen formt ..." Doch dieses sagt er auch: „Ohne meine Frau, die viel Verständnis für meine Hobbys hat, und die einspringt, wenn die Praxis es erfordert, ginge das natürlich alles nicht ..." EP

340019

20.11.76

Dr. Greve nimmt Abschied vom Kreiskrankenhaus in Stolzenau

Heute 65 Jahre alt / Gestern offizielle Ehrung im Haus



Diesen liebgewonnenen Platz in seinem Arbeitszimmer muß Dr. Greve nun verlassen.

„HARKE"-Foto: Sonnenborn

Stolzenau. Heute begeht Dr. Rudolf Greve, von seinen Freunden und guten Bekannten „Peter" genannt, seinen 65. Geburtstag. Gestern nachmittag wurde der Leiter der medizinischen Abteilung des Kreiskrankenhauses — seit 1957 — im Gemeinschaftsraum seiner langjährigen Wirkungsstätte offziell und feierlich verabschiedet.

Der aus Bad Oldesloe/Holstein stammende Internist scheidet mit Ende des Monats aus den Diensten des Landkreises wegen Erreichung der Altersgrenze. Den Ruhestand will er in einem Bauerndorf nahe Kiel verbringen. In seiner Heimatstadt besuchte Rudolf Greve die Oberrealschule, studierte Medizin in Freiburg, Kiel, Göttingen und Hamburg und „baute" hier auch 1937 sein Staatsexamen.

Die Medizinalassistentenzeit verbrachte der Holsteiner in großen Hamburger Krankenhäusern; als Assistent wirkte er im Josef-Stift Bremen und im Siloah in Hannover. Viereinhalb Jahre war Dr. Greve Sanitätsoffizier und versuchte, nach seinen Möglichkeiten Wunden zu heilen und Leiden zu lindern, die Krieg und Gefangenschaft geschlagen hatten.

Bevor der bereits erfahrene Arzt nach Stolzenau kam, wo er gern zu Hause war, wie er sagt, wirkte er acht Jahre als Oberarzt am Städtischen Krankenhaus Cuxhaven. Die medizinische Abteilung des Kreiskrankenhauses erweiterte sich unter seiner Führung im Laufe der Jahre erheblich und ist inzwischen mit allen Geräten versehen, die heute eine moderne Klinik braucht, dank der Großzügigkeit des Landkreises.

So verfügt das Haus über eine Lungenfunktionsabteilung, Ergometrie, zwei Intensivpflegestationen, Beatmungsgeräte, Einrichtung für Herzschrittmacher und Defibrillation, Gastroskopie und Laparoskopie. „Im letzten Jahr ist auch eine ganz moderne Röntgenanlage mit Monitor dazugekommen" unterstreicht Dr. Greve die lange Zeit der Entwicklung, die für ihn nicht immer einfach war, da es oft an medizinischem Personal fehlte. In der letzten Zeit hat sich die Situation jedoch wesentlich verbessert. Die Abteilung ist heute mit genügend Ärzten versehen und eigentlich immer voll belegt.

„Peter" Greve, mit einer Norwegerin verheiratet, hat einen Sohn, der Verlagskaufmann ist und ihn zum Großvater machte. „Mit Enkelsohn und Enkeltochter ist das ganz amüsant", sagt der Arzt und Helfer, der nun Stolzenau verlassen wird und Menschen zurückläßt, die ihm ans Herz gewachsen sind. Der Antiquitätensammler aus Passion fand nicht nur Freundschaft in der Ärzteschaft des Landkreises, sondern im engeren Bereich in der Jägerschaft und nicht zu vergessen unter Patienten und Mitarbeitern. Dr. Rudolf Greve wird nicht nur eine Lücke als Arzt im Südkreis hinterlassen. -onn-

Für uns alle unerwartet entschlief mein lieber Mann, unser guter Vater, Schwiegervater und Großvater

Dr. med.

Rudolf Greve

* 28. 9. 1911 † 18. 10. 1977

In Liebe und Dankbarkeit

Tora Greve geb. Killi

Peter Greve und Frau Monika geb. Möller

mit Rebecca und Benjamin

2301 Kiel-Moorsee, Steindamm 129a

Die Trauerfeier findet am Montag, dem 24. Oktober 1977, um 11.15 Uhr in der großen Halle des Krematoriums Kiel, Eichhofstraße statt.

340021

3.8.72

Dr. Friedel Thee †

Auf abendlicher Ausfahrt mit dem Rad wurde der Stolzenauer Allgemeinmediziner Dr. Friedel Thee, der seit 32 Jahren im Holzhäuser Weg seines Geburtsortes eine große ländliche Arztpraxis betrieb, vom Tod überrascht. Ein Herzinfarkt setzte seinem Leben mit 61 ein Ende, das bereits vor 14 Jahren beim geliebten Tennisspiel in Gefahr geraten war.

Der gebürtige Stolzenauer, der die ärztliche Tradition im Hause Thee vom Vater nach dem 2. Weltkrieg übernahm, die demnächst durch seinen Sohn fortgesetzt werden dürfte, studierte seinerzeit in Hamburg und Marburg und machte in der Universitätsstadt an der Lahn sein Examen.



Während des Krieges wirkte er als Sanitätsoffizier in Frankreich und Rußland, u. a. auch im Raum Stalingrad. Nach Rückkehr und Übernahme der väterlichen Praxis weitete er diese stark aus und betreute seine Patienten als Landarzt bis zu 15 km im Umkreis von Stolzenau.

Friedel Thee, stets ein geselliger Mensch, der die Tradition liebte und 1960 Stolzenauer Schützenkönig war, wird im alten Kreisort eine nicht so einfach zu schließende Lücke hinterlassen. Man wird ihn im Hegering IV als passionierten Heger und Jäger vermissen, im Tennisverein Stolzenau als Mitbegründer, langjährigen Vorsitzenden und Ehrenvorsitzenden und als Kamerad im Kyffhäuser. Aber auch der Ärzteverein Nienburg verliert mit Friedel Thee einen lieben Kollegen und die Kassenärztliche Vereinigung Verden einen von ehrenamtlicher Tätigkeit geprägten Mann eigener Couleur, der auch als Sportarzt bei den einschlägigen Vereinen im Stolzenauer Bereich einen guten Namen hatte. -onn-

340022



STADT REHBURG-LOCCUM
LANDKREIS NIENBURG/WESER
Der Stadtdirektor

Stadt Rehburg-Loccum · 3056 Rehburg-Loccum 1 · Heidtorstr. 2 · Postfach 50

Fernruf 05037/2108

Dienststelle: I/Haupt- u. Pers.-Amt

Auskunft erteilt: Herr Conrad

Herrn
Dr. Werner Hübner
Ernst-Jünger-Weg 7

3o56 Rehburg-Loccum 1

SPRECHZEITEN:
Rathaus im Ortsteil Rehburg
Montag, Mittwoch und Freitag
8.00 - 12.00 Uhr
außerdem Montag 14.00 - 16.30 Uhr

Ihr Zeichen | Ihre Nachricht vom | Mein Zeichen (Bitte in der Antwort angeben) I Rö/Fl | REHBURG-LOCCUM, 14. Dez. 1977

Betr.: Arzt für den OT Münchehagen

Bezug: a) Mein Schreiben vom 17.11.1977
b) Gemeinsame Besprechung mit der Verwaltungsausschuß am 23.11.1977

Sehr geehrter Herr Dr. Hübner!

Bei der gemeinsamen Erörterung am 23.11.1977 wurde das anstehende Problem ausführlich mit den anwesenden Ärzten und dem Verwaltungsausschuß erörtert. Dabei wurde seitens der Vertreter der Stadt auf die Wünsche aus der Bevölkerung des OT Münchehagen hingewiesen. Bei dem gemeinsamen Gespräch gab es keine konkreten Anhaltspunkte, daß in absehbarer Zeit mit der Zulassung einer Arztstelle im OT Münchehagen gerechnet werden konnte, da gesetzliche Neuregelungen bisher gewisse Schwierigkeiten bereiteten.

Für die Stadt völlig überraschend, meldete sich am 6.12.1977 ein junger Arzt aus Bad Nenndorf, der sein Interesse bekundete eine Arztpraxis im OT Münchehagen zu eröffnen. Er ist von einem befreundeten Arzt auf Münchehagen hingewiesen worden. Im Nachgang zu dem gemeinsamen Gespräch möchte ich Sie nunmehr davon unterrichten, daß der Zulassungsausschuß der Ärztekammer, Bezirksstelle Verden, Herrn Dr. med. Jan-Wilke Wilkes, z.Zt. wohnhaft in Stadthagen/Enzen und Praxis z.Zt. in Bad Nenndorf, die Zulassung zur Eröffnung einer Arztpraxis für den OT Münchehagen erteilt hat. Herr Dr. Wilkes wird am 2.1.1978 seinen Dienst aufnehmen. Herr Dr. Wilkes wird sich in den nächsten Tagen bei allen Ärzten des Stadtgebietes vorstellen und sich bekanntmachen. Ich darf hoffen und wünschen, daß es zwischen dem neuen Arzt und allen im Stadtgebiet praktizierenden Ärzten zu einer guten und kollegialen Zusammenarbeit kommen wird, was letztlich unseren Bürgern zugute kommt.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr [signature]

(R ö s n e r)

340023

Arztpraxis ab 2. Januar 1977



Rehburg-Loccum. Dr. Jan Wilkes, unser Bild zeigt ihn im Gespräch mit Stadtdirektor Rösler vor dem Eingang zu seiner zukünftigen Praxis, wird am 2. Jauar nächsten Jahres die 5. Arztpraxis im Stadtgebiet eröffnen. Dr. Wilkes ist 35 Jahre alt, verheiratet. Er ist Facharzt für Inneres und hat an den Universitäten Münster, Wien und Düsseldorf studiert. Sein Staatsexamen legte er in Düsseldorf ab. Zur Zeit ist der zukünftige Praxisinhaber und Naturfreund noch in Stadthagen tätig.

Dr. med. Georg Tidow †

Der hoch angesehene Nienburger Facharzt für innere Medizin, Dr. med. Georg Tidow, ist am Wochenende gestorben. Er erreichte ein Lebensalter von 76 Jahren, aber bis zu seinem Tode war er tätig. Das entsprach nicht nur seinem Pflichtempfinden, sondern auch der Auffassung über Berufsethos.

Dr. Tidow entstammte einer alten hannoverschen Familie, sein Vater war dort Rechtsanwalt und Notar. Er studierte in Göttingen, Kiel und München und konnte vor zwei Jahren sein goldenes Doktorjubiläum feiern. Im Jahre 1943 kam Dr. Tidow nach Nienburg und wirkte hier seit dieser Zeit in vorbildlicher Weise im Dienst der Bevölkerung.

In der Ärzteschaft erfreute sich der Verstorbene wegen seines enormen fachlichen Wissens einer großen Wertschätzung. Zu seinen engsten Freunden zählte der deutsch-englische Biochemiker und Nobelpreisträger für Medizin, Sir Hans Adolf Krebs.

Neben seiner großen Praxis fand Dr. Tidow immer die Zeit, sich der Natur zuzuwenden, um seine botanischen Kenntnisse zu erweitern und im Heimatbund mitzuwirken. Das gute Buch war sein ständiger Lebensbegleiter, das er noch in den Händen hielt, als ein sanfter Tod ihn zum ewigen Schlaf hinüber geleitete.

26.11.77 EP

40 Jahre im öffentlichen Dienst der Gesundheit

Dr. Gernhardt, Leiter des Gesundheitsamtes, feiert Jubiläum

Im kleinen Kreis nahm Nienburgs Oberkreisdirektor Dr. Grundmann in seinem Amtszimmer die ehrenwerte Aufgabe wahr, dem langjährigen Leiter des Nienburger Gesundheitsamtes, Medizinaldirektor Dr. med. Ludwig Gernhardt, für seine 40jährige ärztliche Tätigkeit im öffentlichen Dienst und die damit verbundene Arbeit für die Landkreisbevölkerung zu danken.

Er hob dabei hervor, daß Dr. Gernhardt trotz der Mangellage – es fehlt seit Jahren an Interessenten zur Besetzung der zweiten Amtsarztstelle – den großen Aufgabenbereich trotz vieler Schwierigkeiten bewältigt und sich ständig für alle Gesundheitsbelange des Landkreises eingesetzt hat. Daß er sich als gebürtiger Hesse im Kreis Nienburg großer Beliebtheit erfreue, spreche für den Leiter des Gesundheitsamtes, der in Nienburg ein neues Zuhause gefunden hat und hier heimisch geworden ist.

Der Oberkreisdirektor, kein Freund von vielen Worten, wünschte, daß der 62jährige Amtsleiter für den Rest seiner Amtszeit dem Kreis voll erhalten bleibe und daß er dann den Ruhestand in Muße genießen könne. Die Glückwünsche aller Bediensteten des Landkreises überbrachte dem Jubilar der Personalratsvorsitzende Hans-Ulrich Mai.

In seinem Dank für die Würdigung seiner Tätigkeit erwähnte Dr. Gernhardt, daß er zu Beginn seiner medizinischen Laufbahn lieber Landarzt geworden wäre. Das seinerzeitige Wohlwollen der Standesorganisation habe dem jedoch entgegengestanden. Auch die Vertretung des verstorbenen Dr. Siemering in Drakenburg habe er 1949 aufgeben müssen und dann 1950 eine Anstellung als Hilfsarzt beim Staatlichen Gesundheitsamt in Nienburg bekommen.

Selbst in seiner hessischen Heimat, in der Dr. Gernhardt zwischen den Jahren 1946 und 1948 als Klinikarzt in Darmstadt tätig gewesen ist, sei es ihm nicht gelungen, eine eigene Praxis eröffnen zu können. So habe er sich, durch verwandtschaftliche Beziehungen mit Nienburg verbunden, in den Weg des beamteten Arztes gefunden, als er nach Kriegsgefangenschaft und Truppenarztzeit 1952 die Befähigung für die Anstellung als Amtsarzt erhielt.

1955 folgte die Beauftragung mit der Wahrnehmung der Geschäfte des stellvertretenden Amtsarztes und 1958 die Berufung in das Beamtenverhältnis als Medizinalrat.

Nach der Ernennung zum Obermedizinalrat 1963 wurde Dr. Gernhardt am 1. Oktober des gleichen Jahres zum Leiter des Gesundheitsamtes bestimmt. 1966 erfolgte die Ernennung zum Medizinaldirektor.

Bei der Bewältigung des großen Aufgabenbereiches, die ohne die absehbare Möglichkeit einer ärztlichen Unterstützung eine gravierende Belastung sei, ließ Dr. Gernhardt die Verläßlichkeit auf seine guten Mitarbeiter nicht unerwähnt. uwe



Für seine 40jährige ärztliche Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst dankte Oberkreisdirektor Dr. Grundmann dem Leiter des Nienburger Gesundheitsamtes, Medizinaldirektor Dr. med. Gernhardt (rechts). Foto: Wente

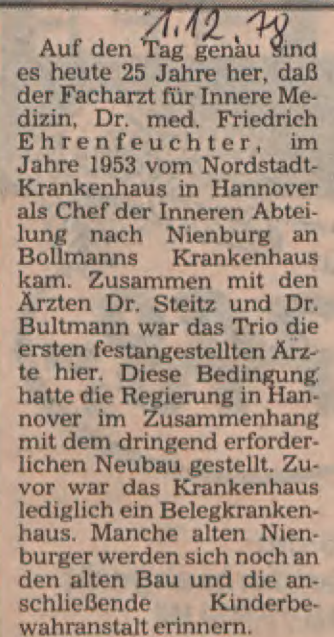
10.11.78

Feierliche Verabschiedung in Kurklinik Petershagen

Petershagen. In einer würdigen Feierstunde verabschiedeten sich die Kollegen und Mitarbeiter der Kurklinik Bad Hopfenberg von ihrem bisherigen Chefarzt Dr. Baucks. Der Facharzt für Chirurgie war zuvor lange Jahre Chefarzt des Kreiskrankenhauses in Stolzenau. In der Laudatio von Chefarzt Dr. med. Imschweiler kam, ebenso wie in den Worten von Dr. Dr. med. Nebel, die menschliche Qualität des hochverdienten und bei allen beliebten Arztes zum Ausdruck: sein umfangreiches ärztliches Wissen konnte er in einem langen Berufsleben zu seinem Eigentum vertiefen. In der vieljährigen Tätigkeit in der Weserlandklinik für physikalische Medizin und Rehabilitation Petershagen-Bad Hopfenberg wirkte er weiter zum Segen der Patienten.

In den Reden aller Abteilungsleiter kam immer wieder zum Ausdruck, wie er in warmer, menschlicher Art sein Wissen an die Mitarbeiter weitergab. Er selbst gab stets ein Beispiel für Sportlichkeit und Aktivität auch im Alter.

1.12.78



Auf den Tag genau sind es heute 25 Jahre her, daß der Facharzt für Innere Medizin, Dr. med. Friedrich Ehrenfeuchter, im Jahre 1953 vom Nordstadt-Krankenhaus in Hannover als Chef der Inneren Abteilung nach Nienburg an Bollmanns Krankenhaus kam. Zusammen mit den Ärzten Dr. Steitz und Dr. Bultmann war das Trio die ersten festangestellten Ärzte hier. Diese Bedingung hatte die Regierung in Hannover im Zusammenhang mit dem dringend erforderlichen Neubau gestellt. Zuvor war das Krankenhaus lediglich ein Belegkrankenhaus. Manche alten Nienburger werden sich noch an den alten Bau und die anschließende Kinderbewahranstalt erinnern.

Dr. Friedrich Ehrenfeuchter, Jahrgang 1916, wurde in einem Dorf bei Königslutter als drittes Kind des dortigen Pastors geboren. Als er schulpflichtig wurde, kam er für ein



halbes Jahr in die einklassige Volksschule bei Sarstedt. Doch dann bat sein Vater, der noch einen weiteren Sohn und zwei Töchter hatte, der Schulverhältnisse wegen um seine Versetzung in die Stadt. Seit 1922 lebte die Familie, die väterlicherseits durch den Großvater, der in Nendorf Pastor war, bereits enge Verbindung zum Kreis Nienburg hatte, in Hannover.

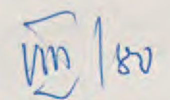
In der Landeshauptstadt besuchte Friedrich Ehrenfeuchter das „Ratsgymnasium", eines der ältesten Gymnasien in Deutschland. Vor 30 Jahren konnte Dr. Ehrenfeuchter das 600jährige Jubiläum der traditionsreichen Schule mitfeiern.

Auf die Frage, ob schon frühzeitig der Wunsch, Arzt zu werden, bestanden habe, antwortete der allseits geschätzte Arzt, der sich hundertprozentig für seine Patienten einsetzt: „Seit den letzten vier Schuljahren."

Nach der Ableistung des Arbeitsdienstes studierte Ehrenfeuchter in Würzburg und Berlin, wo er 1941 sein medizinisches Examen ablegte. Als Fahnenjunker eingezogen, wurde er, der sich aktiv zum Wehrdienst gemeldet hatte, Sanitätsoffizier, seit 1941 Kriegsteilnehmer, verwundet, 1946 aus der Gefangenschaft entlassen und nach halbjähriger Arbeitslosigkeit Volontär-Assistent in Göttingen. Noch im Herbst 1946 kam Dr. Ehrenfeuchter nach Hannover ans Nordstadtkrankenhaus.

In seiner kargen Freizeit widmet sich der Arzt seiner Familie. Zwei seiner drei Töchter studieren noch, die älteste ist verheiratet.

Das Ehepaar Ehrenfeuchter, das gleiche Interessen hat, trifft man, wenn ihm das zeitlich möglich ist, überall, wo es um Kunst geht – sei es Musik, Architektur, Theater oder bildende Kunst. Mehrfach nahmen die Ehrenfeuchters an Studienreisen der Volkshochschule teil. Wenn man den Arzt fragt, was er sich zu seinem Jubiläum wünscht, heißt es: Einen Assistenten. Aber ein solcher ist trotz aller Bemühungen und angeblicher „Ärzteschwemme" nicht in Sicht. Oder sind kleinere Krankenhäuser nicht gefragt? HB



340027

Hier kann jeder seine Gesundheit testen — der Minister machte den Anfang





Ein kleiner, wenngleich unvollständiger Rundgang durch das „inForm"-Zentrum Gesundheit. Schauobjekte und eindrucksvolle Plakatwände (oben). Sozialminister Schnipkoweit an einem der Testgeräte. Neben ihm Ministerialrat i. R. Dr. Tycho Brunn und Diplom-Sozialwirt Heinz Dyballa (links). Der Zahnputzbrunnen (unten links) und der Minister testet seine Fahrtüchtigkeit (unten rechts)

Schon nach kurzer Zeit setzte ein erfreulicher Zustrom zum neuen Gesundheitszentrum ein. Einzelne Bürger kamen oder ganze Schulklassen, Jung und Alt, und jeder hatte sein eigenes Anliegen. Dieser wollte den Blutdruck überprüft wissen, jener verschaffte sich Gewissheit über sein Fahrvermögen — kurzum, diese Einrichtung wird bald populär sein





Mittelohrentzündung mit Folgen

Nach Feststellungen von Dr. Zinkus und Mitarbeitern von der Universität von Tennessee in Memphis können schlechtere Schulleistungen durchaus auf eine Mittelohrentzündung, an der die Kinder in den ersten drei Lebensjahren litten, zurückgeführt werden. Vierzig Schulkinder im Alter von sechs bis zehn Jahren, deren Schulversagen nicht auf geistigen Mängeln beruhte, wurden genauer untersucht. Dabei ergab sich, daß achtzehn Kinder in der fraglichen Zeit mehrfach an einer Mittelohrentzündung erkrankt waren, die nicht durch einfache Behandlung zu beheben war, sondern stärkere Medikamente und operative Eingriffe erfordert hatten. Zweiundzwanzig Kinder hatten zwar jährlich einmal eine Mittelohrentzündung durchgemacht, sie war aber in milder Form verlaufen. Diese Kinder zeigten bei der Untersuchung durch Dr. Zinkus nur in zwei Fällen eine Hörbeeinträchtigung, während von den achtzehn Kindern der anderen Gruppe nur fünf normal gut hören konnten. Alle Kinder dieser Gruppe hatten auch erheblich später sprechen gelernt und gewisse Sprechschwierigkeiten noch nicht abgelegt.

Beim Intelligenztest schnitten sie in sprachlicher Hinsicht schlechter ab als die andere Gruppe. Kein eindeutiger Unterschied zeigte sich im allgemeinen Wissen und im schriftlichen Rechnen.

Angst macht krank

Nur ein Viertel der Patienten mit Herzbeschwerden hat wirklich etwas „am Herzen". Die anderen 75 Prozent fühlen sich deshalb krank und elend, weil sie glauben, herzleidend zu sein. In Wirklichkeit, schreibt Dr. med. W. Schweisheimer in der Mitgliederzeitschrift der Barmer Ersatzkasse (BEK), ist das Herz gesund und leistungsfähig.

Franklin D. Roosevelt hat einmal gesagt: „Wir haben nichts zu fürchten als die Furch selbst." Und das gilt ganz sicher auch für die Angst vor Krankheiten. Wer bei jeder Magenstörung gleich an Magenkrebs denkt oder bei jedem leichten Stechen in der Brust schon ein schweres Herzleiden befürchtet, wird kaum gesund und unbeschwert leben können. Der Rat des Mediziners: Bei Beschwerden den Arzt fragen. Wenn der aber feststellt, daß nichts Ernsthaftes vorliegt, die „Wehwehchen" auch nicht weiter tragisch nehmen.

Nur Eunuchen sind vor der Glatze sicher

In Kreuzworträtseln wird das Haar meist als „Natürlicher Kopfschmuck" definiert, es ist darüber hinaus aber auch Kälteschutz und Wärmeisolation, ein Schutzpanzer gegen äußere Einflüsse. Von „Schmuck" kann bei vielen Menschen nicht mehr die Rede sein, deren Haar brüchig, glanzlos und gespalten ist. Hier hilft nur richtige Pflege, deren Mindestmaß tägliches Bürsten und Kämmen sowie eine wöchentliche Kopfwäsche ist. Bei fettiger Kopfhaut kann sogar unbedenklich täglich gewaschen werden, dafür gibt es im Handel besonders milde Shampoos. Wer unter strähnigem Haar leidet, das meist auf schnell nachfettende Kopfhaut zurückzuführen ist, sollte außerdem nach jeder Wäsche ein spezielles Haarwasser verwenden. Haarwässer und Spezial-Shampoos helfen auch bei den leidigen Schuppen, die nicht nur Kopfjucken verursachen, sondern sich auch als unappetitlicher Belag auf Kragen und Kleidung niederlassen. Wer solchermaßen „verziert" herumläuft, gilt in den meisten Fällen zu Recht als ungepflegt! Spezielle Pflegemittel – vom Shampoo über die Spülung bis zur Packung – gibt es auch für trockene Kopfhaut, deren Folge sprödes und schlecht frisierbares Haar ist. Hier hilft auch ein altes Hausmittel: Reines Olivenöl, das in Haar und Kopfhaut einmassiert wird und möglichst einige Stunden einwirken soll, macht das Haar geschmeidig und glänzend.

Problematisch sind oft auch lange Haare, weil sich ihre Spitzen spalten. Hier hilft nur radikales Abschneiden der brüchigen Haarenden. Keine Angst – es genügen meist ein paar Millimeter, und nach der Schönheitsoperation wächst das Haar umso schneller.



Für hundert Bürstenstriche jeden Tag ist Ihnen gesundes Haar besonders dankbar

Kein Kraut ist jedoch – allen Werbesprüchen zum Trotz – gegen eine Glatze gewachsen. Erbliche Veranlagung und männliche Hormone spielen hier eine Rolle. Ein Trost für alle Männer mit „superbreitem Scheitel": Nur Eunuchen sind vor einer Glatze sicher! Ros

Insekten bedrohen die Menschheit

Wie eine Studie des Magazins „U.S. News & World Report" berichtet, vermehren sich die 3 Mio. Insektenarten der Erde in ungeheurem Maße. Sie entwickeln gegenseitig eine steigende Immunität gegen chemische Insekten-Vertilgungsmittel (Pestizide); Sie stellen eine wachsende Gefahr für die Ernährung und Gesundheit der Menschen dar.

In Afrika haben neuerdings Heuschreckenschwärme große Landstrecken in Äthiopien und Somalia verwüstet und bedrohen jetzt Kenya und Tanzania. Ein Heuschreckenschwarm kann pro Tag 80 000 t Mais auffressen, eine Menge, mit der man 40 000 Menschen ein Jahr lang ernähren kann. Doch nicht nur Afrika wird von Insekten heimgesucht. In anderen Kontinenten besteht das gleiche Bild. Insekten fressen etwa 40 % der für die Menschen produzierten Nahrungsmittel auf.

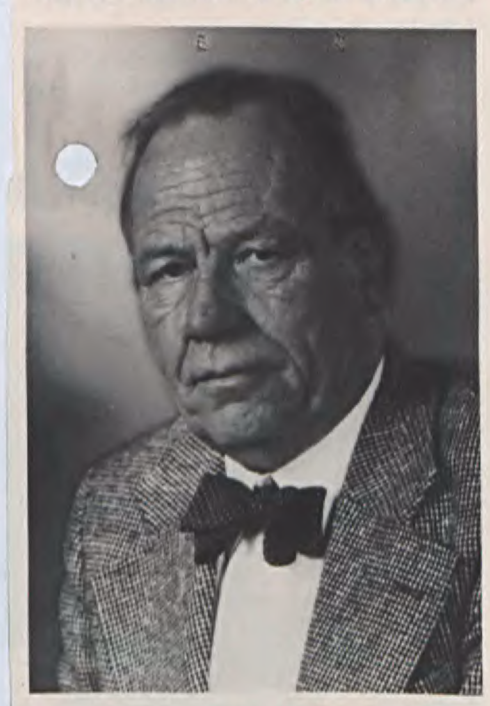
Welches sind die Gründe für ihre Zunahme? Neuere Forschungen an der kalifornischen Stanford Universität lassen erkennen, daß Insekten eine Widerstandskraft gegenüber chemischen Bekämpfungsmitteln besitzen, die sich schneller entwickelte, als erwartet worden war. Manche Insektenarten entwickeln Nachkommen, die bereits von Geburt aus immun gegen bekämpfende Chemikalien sind. Ob der Kampf des Menschen gegen die Insekten letzten Endes gewonnen werden wird, ist noch offen. Sicher ist, daß es ein Kampf auf Leben und Tod geben wird. Dr. Robert T. Schimke, der Chef der Biologie-Abteilung an der Stanford Universität drückt das so aus: Wir sehen uns als die dominierende Gattung aller Lebewesen. Aber in Wirklichkeit befinden wir uns in einem zähen, langen Kampf mit den Wesen, die uns diese Dominanz streitig machen. Dr. W. Schweisheimer

340029

Ministerialrat a.D. Dr. med. Tycho Brunn

1979

Mitte dieses Jahres schied Ministerialrat Dr. med. Tycho Brunn aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst Niedersachsens, dem er als Referent im Sozialministerium seit 1973 angehört hatte. Seit 1974 war Dr. Brunn gleichzeitig Vorsitzender des Landesvereins für Volksgesundheitspflege Niedersachsen e.V., einem der Herausgeber von in Form. In dieser Eigenschaft ließ es sich der engagierte Gesundheitspolitiker nicht nehmen, in nahezu 100 Seminaren des Landesvereins Kontakt mit allen Zielgruppen zu halten und, soweit es seine Dienstgeschäfte erlaubten, auch in Referaten den weiten Themenkreis der Gesundheitspflege zu behandeln.



Der gebürtige Kieler leistete nach dem Abitur seinen Wehrdienst ab und durchlebte nach Studium und Approbation von 1940 bis 1945 den Weltkrieg als Stabsarzt d.R. Bis 1948 wirkte er dann als praktischer Arzt in Klütz/Mecklenburg, verließ 1958 die DDR und trat nach entsprechender Schulung in den Öffentlichen Gesundheitsdienst Niedersachsens ein. Über die längere Tätigkeit als stellvertretender Amtsarzt in Nienburg/Weser wurde Dr. Brunn dann 1973 als Referent ins Niedersächsische Sozialministerium berufen.

Dem Landesverein gehört der vitale und im Umgang mit seinen Mitarbeitern besonders geschätzte Arzt auch in Zukunft als Vorsitzender an. Hier wird er zunächst auch weiterhin der Aufgabenstellung der Gesundheitspflege auf breiter Basis verbunden bleiben.

340030

Er gehört zu jener Generation, die nach den Schüssen von Sarajewo und somit am 30. Juni noch vor Beginn des 1. Weltkrieges geboren wurde – Dr. Tycho Brunn, der jetzt, 65 Jahre alt, in den sogenannten Ruhestand tritt.

Der aus Kiel stammende blieb in seiner Heimatstadt zunächst bis nach dem Abitur. Auch das erste Semester Medizin folgte „zu Hause".

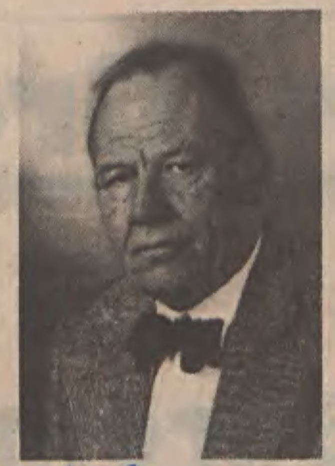
Brunns Vater war im 1. Weltkrieg in der Gefangenschaft gestorben. Auch für den Sohn kam der Krieg. Mit einer Studentenkompanie wurde Feldwebel Brunn nach Jena geschickt, 1939 als Portepeeträger nach Hamburg. Dort legte Tycho Brunn das Staatsexamen ab und promovierte zum „Dr. med." Das Kapitel Militärarzt war im Kriege noch nicht beendet, es hatte Nachwehen. In Klütz/Mecklenburg arbeitete Dr. Brunn in einem Seuchenlazarett, infizierte sich an Fleckfieberkranken und war mehrere Wochen schwer krank.

Klütz hatte jedoch auch sein Gutes. Durch eine glückliche Fügung konnte Dr. Brunn hier am 1. April 1946 eine Praxis als Landarzt eröffnen, die er bis zum Jahre 1958 betrieb.

Erste Station im Westen war Plön in Schleswig-Holstein. In Hamburg-Harburg bereitete sich Dr. Brunn auf das Examen als Amtsarzt vor und schloß dieses mit zwei wissenschaftlichen Arbeiten ab.

Zu dieser Zeit hatte nur Niedersachsen noch Gesundheitsämter unter staatlicher Regie. Deshalb bewarb sich Brunn in Niedersachsen und kam am Tage seines Geburtstages im Jahre 1960 nach Nienburg, wo er nach zwölf Jahren Landarzt in Mecklenburg nunmehr zwölf Jahre lang am Gesundheitsamt Nienburg amtsärztliche Tätigkeiten ausübte – bis vor sechs Jahren die Berufung ins Sozialministerium nach Hannover erfolgte.

Hier war Ministerialrat Dr. Brunn bis jetzt zuständiger Referent für Sozialhygiene und Gesundheitsvor- und -fürsorge. Er ist zudem Vorsitzender des Landesvereins für Volksgesundheitspflege, der unter vielen anderen Aktivitäten das Gesundheitstelefon betreibt. Dr. Brunn ist auch Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, die mit ihrem Programm 1979 „Milchzähne sollen Vorfahrt haben" besonders erfolgreich war.



30.6.79 Foto: Zinner

Die täglichen Bahnfahrten nach Hannover sind nun vorbei. Aber aus der Erkenntnis, daß der öffentliche Gesundheitsdienst unterbesetzt ist, sieht sich Dr. Tycho Brunn veranlaßt, nach Rücksprache mit dem Leiter des Gesundheitsamtes Nienburg, Medizinaldirektor Dr. Gernhardt, dort seine Hilfe stundenweise anzubieten.

HB

340031

Über drei Jahrzehnte gehörte er zum Vorstand des DRK-Ortsvereins Liebenau, und mehr als 3500 kleinen Erdenbürgern hat er an das Licht dieser Welt befördert, die in seiner Ende Oktober vergangenen Jahres geschlossenen Klinik geboren wurden: Dr. med. Fritz Engelhard, der heute in Liebenau das 65. Lebensjahr vollendet.

Wenn heute oder auch in den nächsten Tagen Gratulanten aus nah und fern dem weithin bekannten Mediziner ihre Reverenz erweisen, denken vor allem die Liebenauer an das Jahr 1946 zurück, als der ehemalige Oberstabsarzt der Wehrmacht (bei der er in vielen Ländern an vorderster Front stand) zusammen mit seiner Frau Marlie – die ebenfalls Ärztin ist – in den Ort kam, wo man sich gemeinsam mit der „legendären" Schwester Hermine um die großen und



4.3.80

kleinen Leiden der Bevölkerung in und um Liebenau kümmerte. Harte und aufopferungsvolle Arbeit, begleitet von so manchem Schicksalsschlag, führten später dazu, daß sich aus dem schwierigen Beginn eine Klinik entwickelte, die bis zu ihrer Schließung über 22 Betten verfügte. Die Praxis und die Massageabteilung werden dagegen auch künftig weitergeführt.

Viele ältere Liebenauer erinnern sich noch, wie Dr. Engelhard in der Anfangszeit mit einem klapprigen Motorrad und später in einem uralten Personenwagen zu seinen Patienten eilte. Dabei kam es vor, daß er in eisiger schneereicher Nacht mit dem Fahrzeug-Veteran steckenblieb und seinen Weg zu Fuß fortsetzen mußte. Jedermann in Liebenau und Umgebung wußte freilich: wenn man Dr. Engelhard ruft, kommt er nach Möglichkeit sofort zu Hilfe.

Aufgaben und Lebensjahre haben indes zugenommen und ihre Spuren hinterlassen. Dennoch ist der Mediziner stets bemüht, allen Anforderungen gerecht zu werden. Dazu gehört auch, daß er sich nach einem Assistenzarzt mit möglicher Nachfolgeschaft umsieht.

Dr. Engelhard, der am humanistischen Dom-Kloster-Gymnasium in Magdeburg Abitur machte und in Königsberg und Göttingen Medizin studierte – dort gehörte er einer schlagenden Verbindung an –, muß wegen eines schweren Autounfalls vor mehreren Jahren auf Skilaufen, Reiten und Tennisspielen verzichten. In seiner Freizeit widmet sich der 65jährige seiner umfangreichen Bibliothek und dem verständigen Sammeln von Briefmarken und Münzen. Zahlreiche Reisen führten ihn zudem an die Brennpunkte dieser unruhigen Erde, die er in wenigen Tagen um einen Besuch an kulturhistorischen Plätzen in Italien zusammen mit seiner Frau vervollständigen will.

So-

Dr. med. Fritz Engelhard

* 4. 3. 1915 † 29. 9. 1981

Mein geliebter Mann hat uns für immer verlassen.
Er war der Inhalt meines Lebens und der Mittelpunkt unserer Familie.

Dr. med. Margot Engelhard, geb. Pohrt

Inga Volkmer, geb. Engelhard
Eyke Volkmer
Meike und Bastian

Margit Gärtner, geb. Engelhard
Dr. med. dent. Jürgen Gärtner
Eva und Florian

Ingeborg Wesche, geb. Pohrt
Dr. med. Rudolf Wesche

Beisetzung: Sonnabend, 3. Oktober 1981, 15 Uhr von der Friedhofskapelle Liebenau aus.

Statt freundlich zugedachter Kränze bitten wir um eine Spende an die Deutsche Lebensrettungsgesellschaft, Sparkasse Nienburg, Konto-Nr. 102426.

Lönsweg
3073 Liebenau

Zwiedineckstr. 34 a
8000 München 50

Habichtweg 12
7518 Bretten

340033

9.10.84



Als besonderes „Abschiedsgeschenk" erhielt der bisherige Chefarzt in Bollmanns Krankenhaus, Dr. Ehrenfeuchter, aus der Hand von Oberkreisdirektor Dr. Wiesbrock den Ehrenteller des Landkreises Nienburg. Fotos: Heckmann

Ein ruhender Pol im oft hektischen Klinik-Alltag

Dr. Ehrenfeuchter in Bollmanns Krankenhaus verabschiedet

Nienburg (eck). Nachdem er das 65. Lebensjahr schon im Februar vollendet hatte, sich um die Nachfolgefrage des Chefarztes jedoch Rechtsprobleme auftürmten, erfolgte die offizielle Verabschiedung Dr. Friedrich Ehrenfeuchters in den Ruhestand erst jetzt. Zahlreiche Gäste seitens der Stiftung Bollmanns Krankenhaus sowie naturgemäß etliche Kollegen wohnten der Feierstunde bei, die den langjährigen Chefarzt in einen ruhigeren Lebensabschnitt führen sollte, als er während der vergangenen 27 Jahre verlaufen sei.

Dr. Ehrenfeuchters Kollegin Dr. Else Nicodemus attestierte dem Chef dennoch: „Sie waren der ruhende Pol im oft aufreibenden Klinik-Alltag." Darüber hinaus habe er Freiraum für die persönliche Entfaltung gelassen und Neuerungen aufgeschlossen, doch dabei abwägend gegenübergestanden.

Dr. Abraham als Ärztlicher Direktor in Bollmanns Krankenhaus hatte das Wesen Dr. Ehrenfeuchters ähnlich charakterisiert: „Wir sind sehr dankbar, daß wir in Ihnen einen gelassenen, erfahrenen Berater zur Seite hatten."

„Sie zu würdigen, ist eine leichte Aufgabe", hatte Dr. Abraham bemerkt, als er sich daran erinnerte, während der eigenen Medizinal-Assistenzzeit 1963 durch Dr. Ehrenfeuchter Verantwortungsgefühl, Geduld und Nachsicht gegenüber kranken Menschen kennengelernt zu haben: „Sie ließen Ihre Patienten nicht im Stich; auch nicht in den letzten Stunden."

Der Hinweis, mit Dr. Ehrenfeuchter sei der letzte Chefarzt der älteren Generation ausgeschieden, fand auch eine Verbindung zu der einleitenden Rede Oberkreisdirektor Dr. Wiesbrocks, in der zwangsläufig auch die Nachfolge-Problematik der Chefarzt-Position angerissen wurde. Der OKD betonte, die Entscheidung für Dr. Jörg Kollmeier sei letztlich deshalb getroffen worden, weil es erforderlich sei, daß der Chefarzt von allen Kollegen akzeptiert werde und so ein wirkliches Team entstehe.

Diese Erfordernis wurde ebenfalls in den Dankesworten Dr. Ehrenfeuchters deutlich, der seine Tätigkeit unmittelbar in eine Gemeinschaftsarbeit eingebettet sah („anders ist das gar nicht durchführbar"). Der scheidende Chef erinnerte sich dankbar an frühe Wegbegleiter und sprach anerkennend von großem Fachwissen der jungen Kollegen. Dabei zögerte er nicht einzugestehen: „Fehler machen wir alle", betonte jedoch: „Ich habe 27 Jahre und drei Monate gerne hier gearbeitet!"

Bevor Dr. Ehrenfeuchter im Dezember 1953 die Leitung der Inneren Abteilung in Bollmanns Krankenhaus übertragen wurde, hatte der Pastorensohn aus dem Kreis Helmstedt in Hamburg, Würzburg und Berlin studiert und als Berufssoldat Pflichterfüllung und Selbstdisziplin gewonnen, wie Dr. Abraham in seiner Laudatio feststellte.

Weitere Attribute – wie Bescheidenheit, Zurückhaltung, Kollegialität und Hilfsbereitschaft –, die der OKD herausgestellt hatte, unterstrich als „Chef der Nienburger Ärzte" auch Dr. Mahlstedt, der im übrigen aufgrund seiner Vorredner aber auf viele Worte verzichtete. Das könne nur „guten Wein in schlechten Schläuchen" geben, meinte Dr. Mahlstedt, der seinen Kollegen dem entsprechend mit einigen Flaschen Rebensaft erfreute.

Aus der Hand des Oberkreisdirektors hatte Dr. Ehrenfeuchter einen alten Nienburg-Stich sowie den Ehrenteller des Landkreises erhalten. Chefarzt-Nachfolger Dr. Kollmeier mußte mit guten Wünschen vorlieb nehmen, die ihn auf dem Weg zur neuen Tätigkeit begleiteten.

Der 41jährige Mediziner studierte in Berlin und Freiburg und war zuletzt Chefarzt-Stellvertreter in Gladbeck. Oberkreisdirektor Wiesbrock: „Es war mühsam, ihn dort loszueisen!"

Wurde bereits seit Juli in seine neue Aufgabe als Chefarzt eingearbeitet: Dr. Jörg Kollmeier (41) aus Gladbeck.

340035



11.12.85

Die Zufriedenheit ist unverkennbar: Dr. Jörg Kollmeier (Mitte) unterzeichnet im Nienburger Bollmanns Krankenhaus seinen Chefarzt-Vertrag. Ihm zur Seite stehen dabei Oberkreisdirektor Dr. Wilfried Wiesbrock (links) sowie Bollmanns-Verwaltungsdirektor Hans Schreckenbach. Foto: Sommerfeld

340036







Dr. med. Heinz Mahlstedt

Dr. Mahlstedt erhielt die Ehrenplakette am 9. Juni 1982 vor einer Sitzung des Vorstandes der ÄKN-Bezirksstelle Verden aus der Hand des Vorsitzenden, Dr. Kossow. Er ist seit 1939 als Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten in Nienburg (Weser) niedergelassen und übernahm zum gleichen Zeitpunkt den Auf- und Ausbau einer HNO-Abteilung im Nienburger Krankenhaus, in der er rund 20 Jahre operativ tätig war und damit erheblich zur Verbesserung der fachärztlichen Versorgung der Bevölkerung beitrug. Neben seiner Tätigkeit als Arzt hat sich Dr. Mahlstedt in überdurchschnittlichem Maße in verschiedenen Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung betätigt. So war er Beisitzer im Vorstand der ÄKN-Bezirksstelle Verden von 1962 bis 1966 und im Vorstand der KVN, Bezirksstelle Verden, von 1952 bis zum heutigen Tage. Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, daß Dr. Mahlstedt seit 1948 in ununterbrochener Folge Vorsitzender des Ärztevereins Nienburg (Weser) ist und seit 1951 den Vorständen der Privatverrechnungsstelle der Ärzte und Zahnärzte in Niedersachsen und der Rechtsschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft angehört.

11.6.82

Ehrenvolle Auszeichnung für Nienburger Mediziner

Dr. Heinz Mahlstedt erhielt Ehrenplakette der Ärztekammer

Verden/Nienburg (So). **Für seinen besonderen Einsatz bei der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung und Verdienste um das Ansehen der Ärzteschaft wurde dem Nienburger Arzt Dr. med. Heinz Mahlstedt im Verdener Ärztehaus eine besondere Ehrung zuteil: Vor einer Vorstandssitzung der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Niedersachsen, Bezirksstelle Verden, überreichte ihm Ärztekammer-Vorsitzender Dr. Kossow die Ehrenplakette der niedersächsischen Ärztekammer.**

Dr. Kossow, in Stolzenau geboren, würdigte seinen Nienburger Kollegen als einen Menschen, der auch in schwierigen Situationen stets gerecht, sachlich und fair urteilte. „Sonst wäre Dr. Mahlstedt sicherlich nicht so lange Vorsitzender des Ärztevereins Nienburg geblieben", bekräftigte der Vorsitzende während seiner Laudatio.

Dr. Mahlstedt ist seit 1948 ununterbrochen Vorsitzender des Ärztevereins Nienburg und damit einer der in diesem Amte dienstältesten Mediziner in Niedersachsen. „Dieses nebenberufliche Lebenswerk ist besonders hervorzuheben", betonte Dr. Kossow, der dem 75jährigen Arzt für dessen umfassendes Engagement bis zum heutigen Tage Dank sagte.

Dr. Mahlstedt selbst, von der seltenen Ehrung sichtlich überrascht, ließ nach einem kurzen Rückblick auf die vergangenen recht kurvenreich verlaufenen Jahrzehnte den Gedanken erkennen, sich langsam aus den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung zurückzuziehen, um Jüngeren Platz zu machen.

Bereits Anfang 1939 ließ sich der gebürtige Hoyaer Dr. Mahlstedt als Hals-Nasen-Ohren-Arzt in Nienburg nieder. Über zwei Jahrzehnte war er zudem in der Hals-Nasen-Ohren-Abteilung des Nienburger Krankenhauses als Belegarzt operativ tätig. Darüber hinaus ist er bis zum heutigen Tage Mitglied in verschiedenen Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung der Bezirksstelle Verden der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, zu der auch der Landkreis Nienburg zählt.



Gratulation zu einer ehrenvollen Auszeichnung: Dr. Kossow (links) überreicht dem Nienburger Mediziner Dr. Heinz Mahlstedt die Ehrenplakette der Ärztekammer Niedersachsen. Rechts der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung, Bezirksstelle Verden, Dr. Hildebrandt.

Foto: Sommerfeld

340038

Nun aber bleibt Glaube,
Hoffnung, Liebe, diese drei;
aber die Liebe ist die
Größte unter ihnen.
I. Kor. 13, 13

Wir trauern um

Dr. med. Martin Schmidt

* 20. 2. 1906 — Stettin
† 20. 6. 1982 — Langendamm

Er war der Mittelpunkt unserer Familie und hat für uns gelebt.

Dini Schmidt, geb. Bruns
Dr. Cornelia Werner, geb. Schmidt
Dr. Hans-Georg Werner und Daniel
Andreas Schmidt
Martinus Schmidt
Claudius Schmidt
Octavio Schmidt
Magdalena Giese, geb. Schmidt

Lönsweg 13, 3070 Nienburg-Langendamm

Die Trauerfeier findet am Mittwoch, dem 23. Juni 1982, um 16.00 Uhr in der Friedhofskapelle Langendamm statt.

340039

20.2.81



In den fünfziger und sechziger Jahren war er Leiter des Staatlichen Gesundheitsamtes in Nienburg: Obermedizinalrat Dr. Martin Schmidt in Nienburg-Langendamm, Lönsweg 13. Heute feiert er seinen 75. Geburtstag.

Martin Schmidt ist gebürtiger Stettiner, doch seine „zweite Heimat" wurde nach dem Studium in Breslau, Greifswald, Innsbruck und Berlin das Meer: Als Schiffsarzt auf der „Potsdam" und „Stuttgart" lernte er viele Häfen kennen.

Nach Ende des Zweiten Weltkrieges blieb Dr. Schmidt „an Land", er übernahm zunächst die Leitung des Gesundheitsamtes in Aurich und später dann das Nienburger Gesundheitsamt. Bis zu einer vorzeitigen Pensionierung.

Aber die Sehnsucht nach fremden Meeren und Ländern ließ ihn nie mehr los; er ließ sich während der Urlaubszeit von der „Berlin" und „Bremen" als Schiffsarzt „anheuern". Von allen diesen und den früheren Reisen weiß Dr. Martin Schmidt interessant zu berichten.

Vom Kriegsdienst-Verweigerer zum Brigadearzt

23.9.82

Nienburg (So). Ein bislang einmaliger Fall in der Geschichte der Bundeswehr: Ein anerkannter Kriegsdienstverweigerer wurde als Wehrpflichtiger Brigadearzt. Und dieses bei der Panzerbrigade 3 in der Nienburger Clausewitz-Kaserne. Er ist dort Vorgesetzter von sechs Ärzten.

Kurz nach dem Abitur war der heute 28jährige Dr. Harald Lichtblau aus Bad Nenndorf in zweiter Instanz als Kriegsdienstverweigerer anerkannt worden. Zwei Jahre später ließ er beim Kreiswehrersatzamt seine Anerkennung streichen und stellte sich der Bundeswehr zur Verfügung.

Seinen Sinneswandel begründet der Stabsarzt so: „Wegen der furchtbaren Kriegserlebnisse des Vaters wollte ich nicht zum 'Bund'. Hinzu kamen die einseitigen Informationen über die Bundeswehr in der Schule", erinnert sich Lichtblau. „Während des Studiums aber sah ich die Welt realistischer und begriff, daß Verteidigung notwendig ist."

Dr. Lichtblau – er und sein Ärzteteam betreuen in Nienburg etwa 3000 Soldaten – scheidet Ende September dieses Jahres nach 15 Monaten aus der Bundeswehr aus.



Vom Kriegsdienstverweigerer zum Brigadearzt in Nienburg: Dr. Harald Lichtblau. Foto: Warnecke

Vorteile durch die Bundeswehr habe er als Arzt nicht gehabt, meinte der Mediziner. Ihm würden nur sechs Monate auf sein Fachstudium als Chirurg angerechnet. Bei Ersatzdienstleistenden ist es die volle Zeit.



Drei Chefärzte des Kreiskrankenhauses Stolzenau (von rechts): Dr. Karl Baucks (bis 1968), Dr. Berner und Dr. Gestrich, der von Oberkreisdirektor Dr. Wiesbrock (links) in den Ruhestand verabschiedet wurde. Foto: Siebert

Am. 27.10.82

Stolzenau hat einen neuen Krankenhaus-Chefarzt

Medizinaldirektor Dr. Gestrich trat in den Ruhestand

5.9.82

Neuer Chefarzt für die Stolzenauer Chirurgie

Dr. Hartmann Berner übernimmt die Funktion am 1. November

Stolzenau (So). Um nach der Pensionierung des langjährigen Chefarztes des Stolzenauer Krankenhauses, Medizinaldirektor Dr. Heinz Gestrich, am 31. Oktober einen nahtlosen Übergang in der Leitung der Chirurgie zu gewährleisten, arbeitet sich seit dem 1. September der 37jährige Mediziner Dr. Hartmut Berner in die Aufgaben ein. Bis Ende Oktober verbleibt die ärztliche Leitung des Krankenhauses sowie die Leitung der Chirurgie in Händen von Dr. Gestrich.

Nach Ausschreibung der Stelle in verschiedenen Ärzteblättern wurde Dr. Berner vom Kreisausschuß unter 14 Bewerbern ausgewählt, die Nachfolge Dr. Gestrichs als Chefarzt der Chirurgie ab 1. November anzutreten.

Der aus Wismar in Mecklenburg stammende neue Chefarzt in Stolzenau studierte nach dem Abitur in Köln, Stuttgart, Bonn und Münster Medizin. Nach dem Staatsexamen 1971 in Münster wirkte Berner zunächst als Medizinal-Assistent und anschließend als Assistenzarzt im Ferdinand-Sauerbruch-Klinikum in Wuppertal. 1973 promovierte er bei Professor Dr. H. J. Streicher zum Dr. med.

1977 ging Dr. Berner als Oberarzt ans Marien-Hospital nach Witten, an dem er bis zuletzt auch Vertreter des dortigen Chefarztes war. Schwerpunkte seiner Arbeit sind die gesamte Bauch- und Unfallchirurgie, Hand- und Gefäß-Chirurgie sowie die Implantation von Herzschrittmachern und Hüft-Totalprothesen. Dr. Berner ist verheiratet und Vater dreier Kinder.



Wird nach der Pensionierung von Medizinaldirektor Dr. Heinz Gestrich (Mitte) ab 1. November Nachfolger als Chefarzt der Chirurgie am Stolzenauer Krankenhaus: Dr. Hartmut Berner (links). Rechts Oberkreisdirektor Dr. Wilfried Wiesbrock. Foto: Sommerfeld

Nr. 3 – 21. Januar 1983

Chefarzt Dr. Soergels Nachfolger ist schon da

Ende 1984 tritt Dr. Soergel in den Ruhestand – Dr. Benthin übernimmt das verantwortungsvolle Amt



In knapp zwei Jahren, Ende 1984, wird Chefarzt Dr. Soergel (lks.) in den Ruhestand treten. Nachfolger wird der jetzige Oberarzt Dr. Benthin (r.).

Stadthagen. Der jetzige Chefarzt der gynäkologischen und geburtshilflichen Abteilung im Kreiskrankenhaus Stadthagen, Chefarzt Dr. med. Soergel, wird Ende 1984 in den Ruhestand treten. Wegen der außerordentlichen Verantwortung, die mit der Position eines leitenden Arztes verbunden ist, hat der Landkreis Schaumburg die Nachfolge bereits jetzt geregelt. In enger Fühlungnahme mit der Frauenklinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Oststadtkrankenhaus ist es gelungen, mit Dr. med. Detlef Benthin für diese Position einen jungen, hochqualifizierten Arzt zu gewinnen.

Dr. med. Benthien wurde am 29. Januar 1943 in Königsberg/Ostpreußen geboren. Nach Reifeprüfung und Wehrdienst bei der Bundesmarine folgte das Medizinstudium an der Friedrich-Wilhelm-Universität in Bonn. Im Jahre 1974 absolvierte Dr. med. Benthien sein medizinisches Staatsexamen und war anschließend als Arzt an der Universitäts-Frauenklinik in Bonn tätig. Zum 1. April 1977 wurde er an die Frauenklinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Oststadtkrankenhaus berufen, wo er seither als Oberarzt unmittelbarer Mitarbeiter der geschäftsführenden Direktoren der Frauenklinik, Prof. Dr. med. Schneider und Prof. Dr. med. Majewski, war. Dr. med. Benthien ist verheiratet und hat zwei Kinder.

Bis zum altersbedingten Ausscheiden von Chefarzt Dr. med. Soergel wird Dr. med. Benthien als Oberarzt in der gynäkologischen und geburtshilflichen Abteilung in Stadthagen tätig sein. Er hat seinen Dienst bereits im Dezember angetreten und kann sich eingehend mit seinem neuen Wirkungskreis vertraut machen. Der Landkreis hat damit gewährleistet, daß die Chefarztnachfolge Ende 1984 reibungslos vonstatten gehen kann.

Der Landrat   Stolzenau, den 1. Februar 1909
J.Nr. IV 77

1. Es sind in folgenden Orten Verscharrungsplätze für Milzbrandkadaver vorhanden: Stolzenau, Schinna, Leese, Diethe, Wellie, Haselhorn, Uchte, Essern, Mörsen, Hunddestorf, Stadt Rehburg, Heidhausen, Buchholz, Schamerloh, Wiedensahl, Hesterberg und Wegerden.

Abschrift für sämtliche Gendarmen des Kreises zur Kenntnisnahme und dauernden Kontrolle ob die Verscharrungsplätze eingefriedigt sind.

Eing. 3.2.09.
G.

Bergmann

[illegible]

Allgemeine Belehrung

über

den Milzbrand.

Der Milzbrand ist eine schnell verlaufende ansteckende und lebensgefährliche Krankheit bei unsern Hausthieren, die zu jeder Jahreszeit, vorzüglich jedoch in den heißen Sommermonaten, bei und nach anhaltender Dürre vorkommt; bald nur einzelne wenige Thiere befällt, bald in einer längere Zeit fortlaufenden Reihe von einzelnen Erkrankungen, oder auch seuchenartig bei mehren Thieren und Thiergattungen zugleich auftritt. In vielen Gegenden ist der Milzbrand eine stehende, alljährlich mehr oder weniger vorkommende Krankheit und der größte Feind der Viehzucht, während er in andern Gegenden sehr selten und in noch andern gar nicht vorkommt.

Je nachdem der Milzbrand plötzlich oder etwas langsamer entsteht und verläuft, und je nach den örtlichen Ablagerungen, tritt er nicht allein bei den verschiedenen Thiergattungen, sondern auch bei derselben Gattung unter den mannigfaltigsten äußeren Erscheinungen auf. Es ist deßhalb nicht möglich eine genaue Beschreibung des Milzbrandes zu geben, die für alle Fälle paßt, es lassen sich vielmehr nur ganz allgemeine Kennzeichen ohne Rücksicht auf die einzelnen Milzbrandformen angeben, und solche sind folgende:

1) Ein sehr schneller Verlauf. Die Erkrankung erfolgt plötzlich und tödtet in wenigen Minuten oder Stunden, so daß man eben nur die Erscheinung des Sterbens wahrnimmt. Die ersten Erkrankungsfälle des Milzbrandes verlaufen immer so schnell, nach längerem Herrschen wird der Verlauf in der Regel etwas weniger stürmisch, die Krankheit dauert dann mehre Stunden bis einige Tage, und in diesen Fällen allein ist bei frühzeitiger und zweckmäßiger Hülfe zuweilen Rettung möglich.

2) Das Blut verliert nach und nach seine Gerinnungsfähigkeit, wird immer dunkler und dickflüssiger, zuletzt blauschwarz und theerartig. Bei dieser Veränderung verliert das Blut immer mehr die Fähigkeit zur freien Circulation, es bilden sich Geschwülste nach Außen, die s. g. Milzbrandbeulen (Carbunkeln) oder Geschwülste resp. Blutausschwitzungen und Ergießungen nach Innen, und bei dem Anlegen einer Aderlaßschnur um den Hals fangen die Thiere bald an zu zittern, zu wanken und im höheren Grade brechen sie selbst zusammen.

3) Die gefallenen Thiere zeigen keine Todtenstarre, gehen sehr schnell in Fäulniß über; an den natürlichen Körperöffnungen, namentlich an dem After, pflegt sich etwas schwarzes Blut zu zeigen; nach dem Öffnen findet man die Venen mit dem beschriebenen schwarzen, flüssigen Blute stark gefüllt; einzelne Organe, bald am Halse, bald in der Brusthöhle, meist aber in der Bauchhöhle, mit schwarzem Blute besonders überfüllt; die Milz ist namentlich blutreich und mehr oder weniger mürbe, so daß nach einem Einschnitte der Inhalt in Gestalt eines schwarzen Breies hervorzuquellen und selbst abzufließen pflegt. Häufig finden sich gelbe sulzige oder schwarze blutige Ergießungen an den Gedärmen im Gekröse, an den großen Lymphdrüsen und auch unter der Haut, da besonders, wo sich im Verlaufe der Krankheit Geschwülste gebildet haben.

4) Ein Ansteckungsstoff ist in allen Fällen, aber von verschiedener Intensität vorhanden. Derselbe haftet vorzugsweise am Blute, hat mit diesem alle lebendigen Körpertheile durchdrungen und ist selbst in den Se- und Exkretinen (Schleim, Schweiß, Urin) vorhanden. Er hat nicht die Eigenschaft sich in der Luft weiter zu verbreiten, sondern ist mehr an die thierische Materie gebunden (fixes Contagium), so daß es zur Ansteckung einer materiellen Berührung bedarf; dagegen hat er eine große Lebenszähigkeit, dadurch die Fähigkeit längere Zeit an Gegenständen wirksam zu bleiben und noch lange nach der Krankheit mittelbar übertragen zu werden. Der Mensch und alle Hausthiere sind empfänglich für diesen Ansteckungsstoff, am leichtesten werden jedoch die Pflanzenfresser und unter diesen wieder die Schafe angesteckt.

In zweifelhaften Fällen bleibt die Ermittelung des Ansteckungsstoffes durch Impfung das sicherste Mittel zur Feststellung des Milzbrandes. Man wählt hierzu ein Kaninchen, noch sicherer aber ein Schaf, welches sich seiner größeren Empfänglichkeit wegen besonders eignet, und streicht etwas Blut auf eine blutrünstig gemachte Hautstelle. In der Regel erfolgt hierauf die Erkrankung am Milzbrande innerhalb 3 Tagen.

Ursachen.

Die Ursache liegt im Futter und ist bedingt durch gewisse Bodenverhältnisse; deshalb ist der Milzbrand auch immer an bestimmte Örtlichkeiten gebunden. Je mehr verwesende organische Substanzen in der Ackerkrume stecken, desto leichter entsteht Milzbrand; der schwarze humusreiche Boden und der Torfboden sind am schlimmsten. Die Schädlichkeit dieser Bodenbeschaffenheit tritt aber immer nur hervor, wenn es an Feuchtigkeit mangelt. Milzbrand entsteht daher dann, wenn es an hinlänglicher Beimischung schwerer bindiger Bodenarten (Lehm, Thon) fehlt, wenn der nächste Untergrund durchlassend ist, wenn der Abzug der Feuchtigkeit durch Lage des Bodens oder künstlich begünstigt ist und wenn unter diesen Verhältnissen anhaltend trockene Witterung herrscht, so daß die Vegetation mehr oder weniger in's Stocken geräth. Aus diesem Grunde ist der Milzbrand in trocknen Jahren, in und nach heißen, trocknen Sommermonaten am häufigsten. Zugleich hat die Erfahrung gelehrt, daß es Flußgebiete giebt, welche besonders die Milzbrandursache enthalten, so daß der Milzbrand in denselben stationair ist und alljährlich in vereinzelten oder häufigeren Erkrankungen (seuchenartig) auftritt.

Alle pflanzlichen Futterstoffe, die unter den angegebenen Verhältnissen gewonnen

worden sind, können Milzbrand erzeugen, die Stengel und Blätter jedoch viel mehr als die Wurzeln (Rüben, Turnips, Kartoffeln); am wenigsten ist die Schädlichkeit in dem Samen enthalten. Die Hülsenfrüchte (Leguminosen) sind nachtheiliger als die Gräser, befallene Futterstoffe sind schädlicher, als nicht befallene. Klee, Luzerne, Erbsen, Wicken und andere Leguminosen, grün wie trocken, und Getraidestroh, namentlich Sommergetraidestroh, sind in trocknen Jahren von dem beschriebenen Boden und in befallenem Zustande ganz specifische Schädlichkeiten, die den Milzbrand sicher erzeugen.

Außer den erwähnten eigentlichen Ursachen giebt es noch zufällige, den Milzbrand nicht erzeugende, aber dessen Ausbruch begünstigende ursächliche Momente. Hierher gehören: große Vollblütigkeit, Feistheit, Anstrengungen, Aufregungen durch Hetzen und Treiben und Erkältungen.

Der durch specifische Schädlichkeiten dem Keime nach eingepflanzte Milzbrand kann längere Zeit im Verborgenen ruhen; die Thiere scheinen ganz gesund, jede Störung, eine einfache Erkältung kann ihnen dann aber sofort den Tod bringen durch völligen Ausbruch des Milzbrandes. Aus diesem Grunde können an sich ganz unschuldige Ursachen die Erkrankungs- und Todesfälle beträchtlich vermehren.

Heilung und Vorbauung.

Die Behandlung der erkrankten Thiere kann nur unter Berücksichtigung der individuellen Verschiedenheit der Thiere und der Form des Milzbrandes richtig geleitet werden, außerdem verlangt sie große Vorsicht und ist ohne solche immer mit Gefahr für den Menschen verbunden; es kann und darf deshalb die Behandlung nur von wirklichen Thierärzten stattfinden, deren Ermessen dieselbe überlassen werden muß, umsomehr, als es bestimmte specifische Heilmittel nach den bisherigen Erfahrungen nicht giebt. Kalte Begießungen alle 2 — 3 Stunden und darauf Umhüllung mit nassen, kalten Decken ist eins der wirksamsten Mittel, welches unter allen Umständen angewendet und deshalb hier im Allgemeinen empfohlen werden kann. Von den inneren Mitteln sind bisjetzt am wirksamsten befunden worden: Chlor, Chlorwasser, Salzsäure, Terpenthinöl, Kampfer mit Brechweinstein, Salmiakgeist und Gerbestoff (Abkochungen von Eichen- und Weidenrinde). Unter diesen Mitteln würde nach Umständen besonders zu wählen sein.

Der einmal ausgebrochene Milzbrand ist eine sehr gefährliche, meist tödtliche Krankheit; die Vorbauung bleibt deshalb immer die Hauptsache; sie muß überall bei den Thieren stattfinden, unter welchen sich bereits Erkrankungsfälle gezeigt haben, und ist um so dringender, je mehr der Milzbrand als Seuche auftritt. Es werden hier einmal Mittel gegen den bereits eingepflanzten Milzbrandkeim in den scheinbar gesunden Thieren angewendet, und dazu sind dieselben Arzneien die besten, welche bei dem ausgebrochenen Milzbrande am wirksamsten sind. Vor allen sind hier aber fortgesetzte schwache Chlorräucherungen zu empfehlen, so daß die betreffenden Thiere fortwährend eine, schwach mit Chlor geschwängerte Luft einathmen. Für einen Stall von der Größe, daß 5 Kühe oder 50 Schafe entsprechenden Raum haben, nimmt man 2 Unzen (= 4 alte Loth) Chlorkalk und übergießt ihn in einem Glase oder auf einem Teller mit 4 Unzen Salzsäure, die vorher mit 1½ — 2 ℔ Wasser verdünnt worden ist. Der Stall muß dabei

möglichst verschlossen gehalten werden. Diese Räucherungen müssen täglich und so nach Umständen 2 bis 3 Wochen hindurch wiederholt werden.

Die Beseitigung oder möglichste Verminderung der Ursachen ist die zweite und wichtigste Aufgabe, weil für die Dauer durch kein Arzneimittel vorzubauen ist, wenn nicht zugleich die Ursachen beseitigt werden. Man muß den Milzbrand als eine Blutvergiftung betrachten; dauern die veranlassenden Einflüsse, insbesondere die Fütterung mit schädlichen Stoffen fort, wird das Gift fort und fort mit dem Futter in den Körper gebracht, dann kann durch Gegenmittel die Krankheit nicht niedergehalten werden. Die erwähnten ursächlichen Verhältnisse sind leitend für die diätetische Vorbauung; das Futter, welches nach obigen Angaben als Ursache anzusehen oder auch nur verdächtig ist, muß nothwendig ausgesetzt werden; lassen sich die Schädlichkeiten nicht bestimmt auffinden, so muß man unter Berücksichtigung der erwähnten ursächlichen Verhältnisse eine allgemeine Änderung in der Diät eintreten lassen, soweit es die wirthschaftlichen Verhältnisse überhaupt gestatten; bei gutgenährten Thieren ist zugleich eine möglichst strenge Diät unerläßlich. Unter den Nahrungsmitteln sind Fabrikabfälle, besonders Schlämpe und Syrup, und Wurzelwerke dem Rauhfutter vorzuziehen; unter letzterem ist das Wiesenheu, namentlich von feuchten Wiesen und aus vielen sauren Gräsern bestehend, also das qualitativ schlechtere Heu das empfehlenswertheste. Bei dem Weidegang muß die Weide nothwendig vermieden werden, bei deren Benutzung Erkrankungen eingetreten sind; ist keine andere, weniger schädliche Weide vorhanden, dann muß der Weidegang eingestellt und durch Stallfütterung ersetzt werden.

Jede diätetische Vorbauung muß längere Zeit, Wochen und Monate consequent fortgesetzt werden, sowohl wenn die Erkrankungen aufgehört haben als selbst wenn sich auch in der ersten Zeit nach der Änderung des Futters noch Erkrankungsfälle ereignen sollten, die bei der zweckmäßigsten Diät noch vorkommen können, weil der vorhandene Milzbrandkeim nach dem Abschneiden der Ursachen immer erst allmählich verschwindet. Es ist deshalb auch nothwendig, daß neben der erwähnten Futterveränderung alles vermieden wird, was überhaupt störend auf die Gesundheit einwirken und so den Milzbrandausbruch vermitteln kann; Erhitzungen, Erkältungen, Hetzen der Heerde, große Anstrengungen, namentlich bei großer Hitze, dies alles muß sorgfältigst vermieden werden.

Daß nun endlich die Verhinderung jeder möglichen Ansteckung, und somit die strengste Befolgung der gegebenen polizeilichen Maßregeln noch einen sehr wesentlichen Theil der Vorbauung ausmacht, bedarf wohl kaum der besondern Erwähnung.

Klindworth's Hof-Druckerei.

Der Alkohol
und seine
Gefahren.

Gemeinverständlich dargestellt
von

Heinrich Quensel, Regierungsrat in Cöln.

Preis: siehe letzte Umschlagseite.

Siebzehnte Auflage.

Cöln am Rhein.

Druck Greven & Bechtold, Cöln, Brückenstraße 6.

Belehrungskarte Nr. 1
des Rheinischen Verbandes gegen den Missbrauch geistiger Getränke.
Sitz in Cöln. Vorrätig daselbst.

Gebt

Euern Kindern

Keinen Tropfen Wein!
Keinen Tropfen Bier!
Keinen Tropfen Branntwein!

Warum?

Weil Alkohol jeder Art, auch in geringer Menge den Kindern nur Schaden bringt.

Warum?

1. Alkohol hemmt die körperliche und geistige Entwickelung des Kindes.
2. Alkohol führt schnell zur Ermüdung, macht träge und unaufmerksam in der Schule.
3. Alkohol befördert die Unbotmässigkeit gegenüber den Eltern.
4. Alkohol erzeugt Schlaflosigkeit und frühe Nervosität.
5. Alkohol gefährdet die Sittlichkeit der Kinder.
6. Alkohol schwächt die Widerstandskraft des Körpers und erleichtert dadurch die Entstehung von Krankheiten aller Art.
7. Alkohol verlängert die Dauer jeder Krankheit.
8. Alkohol ruft immer neues Durstgefühl hervor und führt deshalb leicht zum gewohnheitsmässigen Trinken.

Heinrich Quensel.

Der Alkohol

und seine

Gefahren.

« « « Gemeinverständlich dargestellt » » »

von

Heinrich Quensel, Regierungsrat in Cöln.

Cöln a. Rh.

Druck Greven & Bechtold, Brückenstraße 6.

Mitteilen soll mit Fleiß,
Wer etwas Rechtes weiß.

Was versteht man unter Alkohol?

Der in den gewöhnlichen geistigen Getränken vorkommende Alkohol ist ein Gährungserzeugnis. Hergestellt wird derselbe aus dem Safte von Körner-, Beeren-, Obst- und Knollenfrüchten, namentlich Getreide, Kartoffeln, Weintrauben, Johannisbeeren, Stachelbeeren und anderem Obst, auch aus Reis.

Die Gährung wird hervorgebracht durch Hefepilze, kleine Lebewesen, welche den zuckerhaltigen Saft der Früchte in Kohlensäure und einen andern flüchtigen Stoff zerlegen. Diesen Stoff nennen wir Alkohol, Sprit, auch Weingeist.

Was sind geistige Getränke?

Alle flüssigen Stoffe, die irgend welche Mengen Alkohol enthalten und dazu bestimmt sind, den Menschen als Genußmittel zu dienen, nennt man geistige, alkoholische, spirituöse Getränke.

Je stärker der Gehalt an Alkohol in den einzelnen Getränken ist, desto stärker wirkt auch das Getränk auf den Körper, in den es eingeführt wird.

Der gewöhnliche Alkoholgehalt beträgt:
bei Bier 2—4, auch . . . . 5—6 %
„ Traubenwein. . . . . 5—20 %
„ Schaumwein . . . . 5—20 %

bei Cyder . . . . 20 %
„ Branntwein . . . . 20—50 %
„ Likören . . . . 20—65 %
„ Kölnisch Wasser (Eau de Cologne) 70—95 %
„ Apfelwein . . . . 2—5 %
„ Beerenwein . . . . 5—20 %

Die geistigen Getränke sind hauptsächlich deshalb so allgemein beliebt, weil sie die Eigenschaft besitzen, den Menschen zu erheitern und ihn in einen angenehmen Rausch zu versetzen, eine selige Benebelung der inneren Sinnenwelt herbeizuführen; einen Zustand, der den Menschen die Härte des Kampfes ums Dasein für kurze Zeit vergessen läßt.

Und doch zeigt der Alkohol hinter der schönen, bestechenden Schauseite für jeden schärfer und weiter Blickenden in seinem Mißbrauche eine traurige Kehrseite.

Diese Kehrseite offenbart sich in den einzel- und gemeinschädlichen Wirkungen des Alkoholismus.

Die überaus große Verbreitung des Alkoholismus macht die Alkoholfrage zu einem wichtigen, vielleicht zu einem der wichtigsten Zweige der sozialen Frage überhaupt.

Die Alkoholfrage berührt so tief alle Personen- und Familienverhältnisse, sie schneidet so tief in die Erwerbsverhältnisse eines großen Teiles der Bevölkerung, so tief auch in das Gebiet der allgemeinen Gesundheitspflege hinein, daß sie eben wegen dieser Bedeutung für das allgemeine Wohl mit Recht die weitesten Kreise beschäftigt.

Zweck des Büchleins.

Die vorliegende Arbeit soll ein kurzer Wegweiser durch das Gebiet der Alkoholfrage sein, sie soll zugleich einen Hinweis bringen auf die wich-

tigsten Maßregeln, die zur Bekämpfung der Alkoholsucht als Volkskrankheit erforderlich erscheinen.

Denn ganz besonders auf dem Gebiete der Alkoholfrage kommt es darauf an, überall zum Nachdenken und dort, wo Neigung und Muße vorhanden, auch zur tätigen Mitarbeit anzuregen.

Ihrem Zwecke entsprechend, eine einfache Belehrung in möglichst weite Kreise zu tragen, kann sie weder wissenschaftliche Streitfragen erörtern, noch neue welterschütternde Behauptungen aufstellen.

Ihren ganzen Inhalt könnte man in die zwei Sätze zusammenfassen:

Der Alkoholmißbrauch bringt großen, überall fühlbaren Schaden; — also muß er auch mit nachdrücklichen, durchgreifenden Mitteln bekämpft werden.

Was ist Alkoholsucht?

Unter Alkoholsucht versteht man das andauernde unwiderstehliche Verlangen nach berauschenden, alkoholhaltigen Getränken. Dieses unnormale stetige Verlangen nach Alkohol ist ohne Zweifel eine Störung im Betriebe des menschlichen Körpers, und muß daher auch als Krankheit bezeichnet werden.

Die Trunksucht ist eine der dunkelsten Schattenseiten des menschlichen Lebens. Der Alkoholmißbrauch ist neben der Lungenschwindsucht einer der gefährlichsten Würgengel der Menschheit, er tötet mehr Menschen, als ein blutiger Krieg. — Millionen sind seine Sklaven — wie viel Deutsche mögen darunter sein?

Mehr als die Hälfte aller strafbaren Handlungen ist auf Rechnung des Alkohols zu setzen, er bildet ein Hemmnis ersten Ranges im Kampfe ums

Dasein, er verhindert soziales Emporsteigen, er vernichtet die Moral, sowie die Gesundheit des Geistes und des Körpers, er setzt die Leistungsfähigkeit des einzelnen wie eines großen Teiles der Gesamtheit herab.

Was ist Alkoholismus?

Unter Alkoholismus versteht man den Inbegriff der Schädigungen, welche dem Menschengeschlecht durch den Mißbrauch geistiger Getränke zugefügt werden.

Schädliche Wirkungen des Mißbrauchs der geistigen Getränke.

Diese sind mannigfacher Art, wir wollen sie einteilen in moralische, gesundheitliche, wirtschaftliche und nationale.

1. Moralische Folgen:

Jeder Alkoholgenuß gefährdet die religiöse Gesinnung und erregt Leidenschaften aller Art. Wie manche jugendliche Verfehlung, mit ihren nicht wieder gut zu machenden Folgen, ist dem Alkoholmißbrauch zur Last zu legen! Zahlreiche Geschlechtskranke müssen ihre Ansteckung auf eine Stunde alkoholischer Sinnenbetäubung zurückführen.

Der Alkoholmißbrauch führt auch zur Begehung von strafbaren Handlungen aller Art.

Mindestens 50 vom Hundert aller bestraften Vergehen und Verbrechen sind auf den Alkoholmißbrauch zurückzuführen; von den Körperverletzungen und Schlägereien insbesondere ein viel höherer Satz.

Der Alkohol bringt also, wie man mit Recht sagen kann, ins Gefängnis und ins Zuchthaus, von

den Insassen der Besserungsanstalten und Arbeitshäuser haben etwa die Hälfte ihren Aufenthalt dort dem Alkoholmißbrauch zu verdanken.

Es ist fast unmöglich, eine Tageszeitung durchzusehen, ohne auf den Bericht über eine im Rausche verübte strafbare Handlung zu stoßen. Mehr als 150000 Deutsche führt der Alkohol jährlich als Beschuldigte vor den Strafrichter.

Der regelmäßige stärkere Alkoholgenuß stumpft auch die besseren Gefühle ab, tötet die feineren Regungen der Seele, macht roh und gefühllos, verhindert den Fortschritt der Gesittung (Kultur), bringt seine Sklaven dem Tiere nahe und näher. Insbesondere verdirbt der Alkohol den Charakter; Feigheit, Schwatzhaftigkeit und Lügenhaftigkeit, Falschheit und Untreue sind oft Folgen dauernden Alkoholgenusses.

Alkoholismus führt auch in vielen Fällen zum Selbstmord. Nach den statistischen Feststellungen bei den Universitätskliniken sind fast die Hälfte aller untersuchten Selbstmörder gewohnheitsmäßige Alkoholtrinker gewesen.

2. Die gesundheitlichen Schädigungen des Alkoholmißbrauchs, allgemein betrachtet, beruhen darauf, daß der Alkohol für den **menschlichen Organismus** nicht allein einen Fremdkörper, sondern sogar **einen Giftstoff** bedeutet. Seine Schäden erstrecken sich auf das ganze Gebiet des Körpers, wie des Geistes, wobei zu beachten, daß die Wirkungen des Alkoholmißbrauchs auf den menschlichen Organismus durch wissenschaftliche Untersuchungen erster medizinischer Größen festgestellt worden sind.

Auch ist festzuhalten, daß die geistigen Getränke naturgemäß auf verschieden geartete Menschen auch verschieden einwirken.

Auf den Starken wirkt der Alkohol langsam, auf den Schwachen schnell; er wirkt eben auf jeden; der Unterschied ist nur, daß im ersteren Falle sich die Folgen erst spät, im letzteren Falle schon nach kurzer Zeit bemerkbar machen.

Der Starke kann eben viel auf lange Zeit, der Schwächere kann nur wenig und nur für kurze Zeit **ohne Schaden** vertragen.

Besonders schlimm in gesundheitlicher Beziehung ist es, daß sich die moderne Menschheit mehr und mehr daran gewöhnt, regelmäßig, ja täglich dem Alkohol zu huldigen. Wie geht es denn heute her?

Der Arbeiter und der Student trinken fast stündlich, der Handwerker muß auch seinen Früh- und Abendschoppen haben, sonst ist er nicht zufrieden. Er bedenkt aber nicht, daß ihn die Konkurrenz immer schärfer bedrängt und ihm nach und nach die Kunden abjagt.

Die Arbeiterfrau geht am Abend in den Bierausschank und kauft ein Liter kaltes Bier, um sich die Mühe der Zubereitung eines warmen Abendbrotes zu ersparen, und nun müssen alle, auch die kleinen Kinder auf die früher übliche, nahrhafte, wohlschmeckende und erwärmende, jetzt aber allgemein verachtete Milchsuppe verzichten, und sich an kaltem Biere stärken.

Was sage ich da? stärken? — Das muß ich sofort zurücknehmen, denn ein Stärkungsmittel ist der Alkohol nun und nimmermehr! In keiner Form, wie ich später zeigen werde.

Die jungen Kaufleute und Angestellten machen es den Studenten nach und gehören allen möglichen Verbindungen an, bei denen regelmäßig zweimal in der Woche offizielle Kneipereien stattfinden.

Diese Art der Lebensführung bringt

gesundheitlich die Zukunft fast unseres ganzen Volkes in große Gefahr.

Ja, — sagt man mir nun, die alten Germanen haben doch auch viel getrunken und wir sind doch immer ein kräftiger Volksstamm geblieben. — — Allerdings, die alten Deutschen tranken stark, wenn sie einmal tranken, aber wo steht denn, daß sie jeden Tag und jede Stunde getrunken hätten?

Natürlich haben die Germanen sich hier und da voll getrunken, aber doch nur bei besonderen Gelegenheiten, wenn die Opferfeste zu Ehren unserer deutschen Götterhelden stattfanden; wenn sie einen großen Sieg feiern wollten, aber gewiß nicht jeden Tag. Hätten sie dies allgemein getan, wie wäre es für sie möglich gewesen, die kriegsgewandten Römer niederzuschlagen?

Außerdem bleibt zu bedenken, daß die alten Deutschen starke Muskelmenschen waren und den ganzen Tag in frischer Luft lebten, während wir Kulturmenschen doch die reinen Waisenkinder gegen sie und längst widerstandsunfähige Stubenhocker geworden sind.

Zur Gegenüberstellung der Wirkungen des täglichen Trinkens einerseits und des seltenen Trinkens anderseits darf ich wohl einen Vergleich anwenden.

Wenn man an die Wurzel eines starken Eichbaums alle 4 bis 6 Wochen einen einzigen Axtschlag tut, so wird es langer Jahre bedürfen, bis es gelingt, ihn zu stürzen. Wenn man ihm aber tagtäglich 4 bis 6 oder gar 10 Schläge versetzt, dann wird es gar nicht lange dauern, bis er hinfällt. Ganz ähnlich ist es mit dem menschlichen Körper. Wer ihm täglich auch nur mit einer kleinen Menge Alkohol zusetzt, der wird ihn,

wie alle Erfahrung beweist, vor jedem heftigeren Krankheitsangriff ohne Widerstand dahinsinken sehen.

Gehen wir nun zu den einzelnen Schädigungen durch den Alkoholmißbrauch über:

Die erste, auch äußerlich erkennbare Wirkung des Alkoholmißbrauchs ist, daß er die körperliche Schönheit des ihm Ergebenen zerstört.

Seht den schwankenden Schritt, die zart oder stärker leuchtende Nase, den starken, mit Fett gefütterten Nacken, die unreine Gesichtshaut — auch der Teint leidet unter dem Alkohol — die verquollenen Augen, den aufgeschwemmten Bauch, den Abgott des Trinkers, das schmerzhafte Nachschleppen der vom Zipperlein geplagten Gliedmaßen! Was zeigen diese Merkmale anders, als einen Alkoholsklaven? O, Ebenmaß der Glieder, wo bist du geblieben?

Die sonstigen Wirkungen des Alkohols auf die Gesundheit sind *allgemeiner* wie *besonderer* Natur.

Die Alkoholwirkungen allgemeiner Art beziehen sich auf das den ganzen Körper ernährende Blut.

Jeder Alkoholmißbrauch verschlechtert das Blut.

Diese Verschlechterung besteht darin, daß der Alkohol das Blut in seinen Bestandteilen verändert, namentlich seinen notwendigen Sauerstoffgehalt vermindert und den Fettgehalt des Blutes vermehrt.

Das durch den Alkohol veränderte Blut verliert die Fähigkeit des Widerstandes gegen Krankheiten aller Art. Es mögen nur genannt werden die *Schwindsucht, für die der Alkohol den Boden geradezu vorbereitet,* Influenza, Lungenentzündung, Typhus, Cholera, Blutvergiftungen.

Die Erfahrung lehrt, daß Seuchen aller Art, Cholera, Typhus u. a. besonders unter den Alkoholikern stark aufräumen. (Vgl. Hamburg 1892.)

Schwere Operationen werden von Trinkern fast nie überstanden.

Ein Beispiel für die Minderung der Widerstandsfähigkeit des Blutes durch den Alkohol bietet der russisch-türkische Krieg vom Jahre 1877/78, in welchem die russischen Krieger als bekannte Wuttki-Vieltrinker in überaus großer Anzahl ihren Verletzungen erlagen, während die enthaltsamen türkischen Soldaten auch mit den schwersten Verwundungen fast alle durchkamen.

Die Verschlechterung des Blutes zeigt sich auch darin, daß chronische Krankheiten, z B. Syphilis unter dem Einflusse des Alkohols schneller zum Tode führen, als sonst.

Die Folgen der Blutveränderung durch den Alkoholmißbrauch zeigen sich in folgenden Erscheinungen:

Der Alkohol verschlimmert fast alle inneren Krankheiten, verlängert ihre Dauer, indem er ihre Heilung verzögert, denn sie können nur durch gesundes Blut bezwungen werden.

Es ist nicht unwahrscheinlich, daß die überall zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder selbst zu stillen, zum Teile auf die allgemeine Blutverschlechterung durch den Alkoholmißbrauch zurückzuführen ist.

Zum Beweise dafür, daß der Alkohol die Dauer der Krankheiten verlängert, mag auf das Verfahren englischer Krankenkassen hingewiesen werden. Diese haben 2 Klassen von Versicherten, Enthaltsame (Temperenzler) und Nichtenthaltsame; Alkoholfeinde und Alkoholfreunde. Erstere zahlen um 5 bis 10 Prozent geringere Beiträge wie Letztere. Warum? Weil sie der Krankenkasse um so viel weniger

Kosten verursachen. Ebenso ist es bei englischen und amerikanischen Lebens-Versicherungs-Anstalten.

Wie günstig sich anderseits die Alkohol-Abstinenz für die körperliche Gesundheit stellt, bitte ich daraus zu ersehen, daß während der Jahre 1884—1898 bei der englischen Lebensversicherungsgesellschaft „Sceptre life association" bei den Nicht-Abstinenten im Durchschnitt 80% der erwarteten Todesfälle eintraten, bei den Abstinenten aber nur 56%.

Spezielle Gesundheitsschädigungen durch den Alkoholmißbrauch.

Spezieller Natur sind die Schädigungen des Körpers durch den Alkoholmißbrauch, indem derselbe bei seinem Wege durch den menschlichen Körper alle lebenswichtigen Organe angreift, sie in ihrem ordnungsmäßigen Arbeiten stört und nach und nach leistungsunfähig macht.

Diese Einzelschädigungen beruhen darauf, daß der Alkohol nach seiner Aufnahme in den menschlichen Organismus zunächst in den Verdauungskanal gelangt und dann, nachdem er vom Blute aufgesogen ist, **mit diesem den vollständigen Kreislauf durch den ganzen Körper mitmacht.**

Wie es keinen Teil des Körpers gibt, der vom Blute nicht berührt wird, so gibt es auch keinen Teil des Organismus, der nicht von dem vom Blute aufgenommenen Alkohol in Mitleidenschaft gezogen würde. Der Alkohol gelangt auf diese Weise in sämtliche Glieder des Körpers, bis in die äußersten Fuß- und Fingerspitzen.

Es wird zweckmäßig sein, diese Schädigungen in der Reihenfolge zu besprechen, in welcher der Alkohol seinen Weg durch den menschlichen Körper nimmt.

Zunächst gelangt der Alkohol mit den Getränken,

die ihn enthalten, durch den Mund, den Rachen, die Speiseröhre, in den Verdauungsapparat.

Schon auf dem Wege zum Magen erzeugt er als scharfer, ätzender Stoff schädliche Reizungen der zarten, empfindlichen Schleimhäute des Rachens und Kehlkopfes; daher die bei den Alkoholfreunden so oft vorkommende Heiserkeit, der sog. Trinkerkatarrh und der Trinkerhusten.

Im Magen und in den Verdauungsdärmen reizt der Alkohol wiederum die Schleimhäute, verbrennt dieselben bei andauerndem Genusse geradezu und stumpft sie ab. Hierdurch muß natürlich die Verarbeitung der Speisen für die Verdauung erheblich leiden. Sie werden nicht gehörig ausgenutzt und gehen so zum Teil für die Ernährung verloren.

Durch dauernden Alkoholmißbrauch entstehen deshalb auch zahlreiche chronische Magen- und Darmerkrankungen. Dieser Zustand kann sich soweit verschlimmern, daß der Magen seinen Dienst fast ganz versagt, der Gewohnheitstrinker kaum noch etwas Festes genießt und nur noch vom Trinken sein kümmerliches Dasein fristet.

Figur 1. (Gesunder Magen.)

Die Abbildung in Figur 1 zeigt einen gesunden, in Figur 1a einen durch starken Alkoholgenuß veränderten und ausgebrannten Magen. Der Magen ist geöffnet und man sieht in der ersten Abbildung eine glatte und gesunde, in der zweiten dagegen eine rauhe, verdickte und mit glasigem Schleim bedeckte Schleimhaut.

Figur 1a. Entarteter Trinkermagen.



Im Dünndarm angekommen, richtet der Alkohol ähnliche Verheerungen an; die Folgen sind chronische Entzündungen und Veränderungen. Die Eingeweide arbeiten nur wenig und unregelmäßig, es kann keine gesunde Blutbildung stattfinden, die Ernährung stockt, Verstopfung wechselt mit Durchfall.

Vom Darme aus gelangt der Alkohol in das Blut selbst und setzt nun von hier aus seine verderbenbringende Tätigkeit fort.

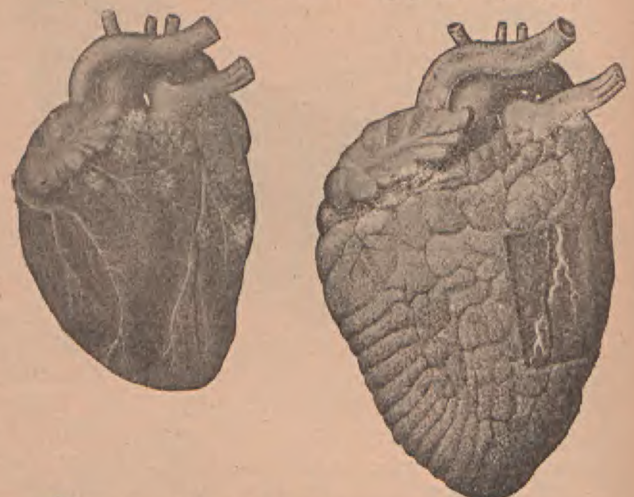
Weitere Körperteile, die das Blut berührt, sind Herz und Lunge.

Die Lungen werden in ihrer Widerstandsfähigkeit gegen alle von außen eindringenden Schädlichkeiten, insbesondere gegen den Schwindsuchtserreger (Tuberkelbazillus) geschwächt.

Auch das Herz wird vom Alkohol besonders stark geschädigt. Es wird zuerst vergrößert, später folgt eine Erschlaffung und fettige Entartung mit allen den quälenden Erscheinungen der chronischen Herzkrankheiten. Oft tritt Atemnot und Asthma, sowie Wassersucht auf, Herzlähmung oder Herzschlag führen oft ein plötzliches Ende herbei.

Fig. 2 zeigt ein gesundes, Fig. 2a ein Bierherz.

Fig. 2. (Gesundes Herz.) Fig. 2a. (Bierherz.)



Die gewaltige Vergrößerung des Bierherzens kommt dadurch zu stande, daß die große Menge von Getränken, welche Biertrinker gewohnheitsmäßig zu sich nehmen, in den Blutstrom übergeht und die dadurch dem Herzen zugemutete Mehrarbeit von diesem nur geleistet werden kann, indem seine Muskeln sich in außerordentlichem Maße vermehren und verdicken.

Gleichzeitig findet aber eine Überanstrengung,

schnelle Abnutzung und teilweise Verfettung der Herzmuskeln statt, wodurch das Herz trotz seiner stärkeren Größe weniger leistungsfähig wird.

Vom Herzen aus geht das Blut in alle näheren und entfernteren Gewebe, Muskeln und Körperteile, um sie zu ernähren, um gute Nährstoffe zu bringen, verbrauchte Stoffe wegzuschaffen.

Ein alkoholhaltiges Blut kann aber diese Aufgaben nicht mehr so, wie es zur Gesundheit notwendig ist, erfüllen, der Alkohol erzeugt in den Gelenken und den Enden der Glieder Blutstauungen und Blutstockungen; man hat für diese, gewöhnlich mit heftigen Schmerzen verbundenen Störungen des Blutes die schönen Namen: Zipperlein, Gicht und Podagra erfunden.

Ferner werden durch den Alkohol schädlich beeinflußt: Leber und Niere, diese wichtigen Ausscheidungs- und Blutreinigungsorgane. Beide werden zuerst erweitert, in einem späteren Stadium schrumpfen sie zusammen.

Figuren 3 und 3a, 4, 4a und 4b zeigen einerseits gesunde und anderseits durch den Alkoholmißbrauch veränderte Leber und Nieren.

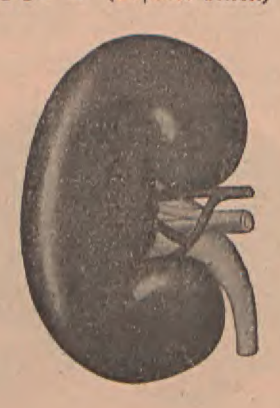
Figur 3. (Teil einer gesunden Leber.)



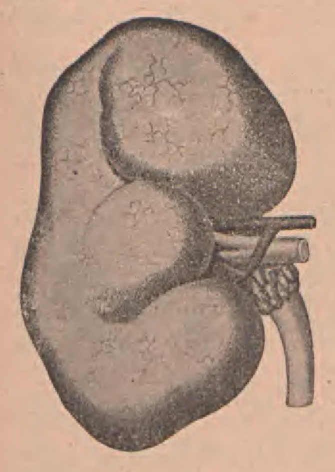
Figur 3a. (Teil einer entarteten Leber.)



Figur 4. (Gesunde Niere.)



Figur 4a (Geschwollene Niere.) Figur 4b. (Geschrumpfte Niere.)





Alle bisher behandelten der Alkoholeinwirkung ausgesetzten Organe, das Herz, der Magen, die Lungen, die Leber, die Nieren sind sog. *lebenswichtige* Körperteile, d. h. der *Mensch* **kann** *nicht weiter bestehen*; er **muß** *zu Grunde gehen, sobald eins dieser* Organe so weit *verändert oder zerstört* ist, daß es die ihm von der Natur vorgeschriebenen Leistungen nicht mehr ausführen kann.

Vom Blute wird endlich auch das Gehirn und das Rückenmark ernährt, Körperteile, von denen das gesamte Nervensystem und das ganze Nervenleben ausgeht. Ein normales Gehirn mit seinen nach Milliarden zählenden, ungeheuer zart konstruierten und sehr empfindlichen Zellen ist für das Körperleben von größter Bedeutung.

Die Wirkungen des Alkohols auf das Gehirn sind denn auch zu allererst zu bemerken, indem er

Blutandrang verursacht und bei andauerndem Mißbrauche nach und nach die Gehirneinrichtungen zerstört.

Nach den Ermittelungen der Irrenärzte sind wenigstens 25 bis 30% aller Irrenhausbewohner entweder selbst die Opfer des Alkoholmißbrauchs, oder sie stammen von solchen Personen ab, welche dem übermäßigen Alkoholgenuß ergeben waren.

Sobald durch den Alkoholmißbrauch eine erhebliche Störung des Gehirns eingetreten ist, kann eine schnelle geistige Auffassung, eine ordnungsmäßige Anknüpfung von Vorstellungen untereinander, eine tadellose Verbindung von Gedanken nicht mehr stattfinden.

Und so ist es auch in Wirklichkeit.

Auch schon recht kleine Alkoholmengen schwächen die Geistesfrische und die Aufmerksamkeit. Der berühmte Helmholtz schrieb, daß er keinen Tropfen geistiger Getränke zu sich nehmen dürfe, sobald er sich in ein schwieriges physikalisches oder mathematisches Problem vertiefen wolle.

Das Denkvermögen wird getrübt und verlangsamt, allmählich leiden das Gedächtnis und die Urteilskraft, namentlich die letztere fängt an, bei allen irgendwie verwickelten Verhältnissen zu versagen.

Einen Menschen, welcher trinkt, darf man daher niemals auf einen verantwortungsvollen Posten stellen.

Der Alkohol schmälert und mindert die Willenskraft und die Entschlußkraft, diese hohen Eigenschaften des Mannes. Ein Trunksüchtiger ist von seinem unheilvollen Wege in der Regel nur deshalb so schwer zurückzubringen, weil er seine Willenskraft verloren hat oder schon von Geburt an große Widerstandsschwäche besaß.

Durch den Alkoholmißbrauch leidet auch das Gemüt. Er verursacht bei einmaligem starken Genuß — Katzenjammer, der nichts anderes, wie eine akute Alkoholvergiftung bedeutet, bei andauerndem Mißbrauch schwere Gemütsverstimmungen und Melancholie. Im weiteren Verlaufe kann der Alkohol auch Fallsucht, Epilepsie hervorrufen.

Die äußerste, entsetzlichste Wirkung des Alkohols auf den Geist ist die nicht selten eintretende vollständige Geistesumnachtung, der Irrsinn.

Die überwiegende Anzahl der Idioten und Blödsinnigen stammt von trunksüchtigen Eltern ab.

Direkt durch den Alkohol wird hervorgerufen der Säuferwahnsinn (delirium tremens), ein Zustand, der nach einigen Wiederholungen in der Regel zum schnellen Tode führt.

Neben dieser akuten Geistesstörung gibt es auch chronische, nach Alkoholmißbrauch eintretende Störungen der Geistestätigkeit. Diese zeichnen sich durch allgemeine Defekte der geistigen Kräfte, des Denkens und Empfindens aus, in ihrem Verlaufe treten nicht selten akute Verschlimmerungen ein.

Vor allem darf nicht unerwähnt bleiben, daß ein großer Teil der heute überall herrschenden Zeitkrankheit, der Nervosität, **ohne allen Zweifel** auf das Konto des Alkoholmißbrauchs zu setzen ist.

Nimmt man alle diese gesundheitsschädigenden Folgen des Alkoholmißbrauchs zusammen, so muß man mit voller Bestimmtheit sagen, daß derselbe einen gesunden, widerstandsstarken in einen kranken, widerstandsschwachen Organismus verwandelt, daß er im ganzen jedenfalls lebenverkürzend wirkt.

Wenn es auch hin und wieder vorkommt, daß ein Trinker ziemlich alt wird, so ist das keineswegs ein Beweis dafür, daß der Alkohol unschädlich ist;

es zeigt vielmehr nur, daß ein solcher Trinker eine besonders starke Natur gehabt hat. Tatsache ist und bleibt es, daß die weitaus größte Anzahl aller Trinkfreunde kein hohes Alter erreicht; daß sie gewöhnlich im besten Alter zwischen 45 und 55 Jahren zu Grunde gehen.

Ganz besonders aber ist zu beachten, daß der Alkohol mit all seinen schädlichen Folgen **doppelt** auf den Körper und den Geist des **Kindes** einwirkt, denn die kindlichen Organe sind überall noch zarter, empfänglicher, unausgebauter, widerstandsschwächer als die Organe des Erwachsenen; **sie** müssen daher auch vor **jeder** Gewöhnung an irgendwelche geistige Getränke **durchaus** bewahrt werden.

Wirtschaftliche Nachteile des Alkoholmißbrauchs.

Neben den gesundheitlichen hat der Alkoholmißbrauch auch wichtige wirtschaftliche Nachteile.

Diese Nachteile treffen nicht bloß den einzelnen, sondern auch die Allgemeinheit.

Die erste Wirkung dieser Art bezieht sich auf das tägliche Einkommen.

Jeder gute Hausvater ist bestrebt, sein Geld nur für solche Sachen auszugeben, von denen er weiß, daß sie auch wirklich zu etwas nütze sind. Wer sein Geld aber für Alkohol ausgibt, der hat davon keinerlei greifbaren, dauernden Nutzen, er entzieht vielmehr alles dafür Ausgegebene andern wichtigeren, dringenderen Zwecken. Wer täglich nur 30 Pfg. für geistige Getränke verwendet, der braucht, ohne die sonntäglichen Extraausgaben, jährlich hierfür schon 365 × 30 Pfg. = 109,50 M. Was würde er alles mit dieser Summe für die Familie anschaffen können, er könnte es z. B. verwenden zum Sparen, zum Einkauf in eine Lebensversicherung,

zur Verbesserung der Wohnung, für nützliche Bücher für die eigene Fortbildung oder für bessere Ausbildung der Kinder oder sonstiges.

Er hätte noch dazu den Nebenvorteil, den Kopf klar zu behalten und die Gesundheit nicht gefährdet zu sehen.

Eine weitere Minderung des Arbeitseinkommens bildet der bei vielen Arbeitern so beliebte blaue Montag. Dieser ist fast immer auf den zu ausgedehnten Genuß geistiger Getränke am Tage vorher zurückzuführen.

Auch der bekannte Umstand, daß Alkoholfreunde gewöhnlich gerne lange schlafen, ist von nicht geringer wirtschaftlicher Bedeutung. Der Nüchterne ist in der Regel eher und zuverlässiger am Platze, als der Trinker; der Nüchterne wird den Spätaufsteher gewöhnlich auf jedem wirtschaftlichen Gebiete übertreffen. Morgenstunde hat noch immer Gold im Munde.

Eine weitere wirtschaftliche Folge des Alkoholmißbrauchs ist eine schnelle körperliche Ermüdung und Herabsetzung der gesamten Leistungsfähigkeit, die in einer frühen körperlichen und wirtschaftlichen Invalidität ihren Ausdruck findet.

Endlich ist zu berücksichtigen, daß auch die Verlängerung der Krankheitsdauer durch den Alkohol viel Geld kostet; dieser Schaden trifft den Kranken und seine Familie, weil das Krankengeld immer niedriger ist, als der Tagelohn des Gesunden; die Krankenkasse, weil sie nun soviel länger das statutmäßige Krankengeld zahlen muß.

Bei den Unfallverletzungen ist es ebenso. Das Heilverfahren dauert bei Alkoholsüchtigen länger, die Erwerbsfähigkeit bleibt länger geschmälert und es können leicht Verschlimmerungen eintreten, die eine Erhöhung der Rente nach sich ziehen.

Einen Beweis dafür, wie der Alkoholgenuß die Heilung von Körperverletzungen hinausschiebt und erschwert, bietet das bekannte Verfahren der Studenten, wonach der auf der Mensur Verwundete veranlaßt wird, sich während der Dauer des Heilverfahrens des Alkohols zu enthalten.

Der Alkoholmißbrauch erhöht aber auch Unfallgefahr und Unfallziffer, da er, wie schon oben ausgeführt, den Verstand trübt, den klaren Überblick erschwert und außerdem einzelne Glieder, namentlich die Hände unsicher macht.

Erfahrung und Statistik zeigen, daß ein besonders großer Prozentsatz aller Unfälle auf den Montag entfällt, welcher bekanntermaßen in der ganzen Woche der schlimmste Unfallstag ist.

Nationale Folgen des Alkoholmißbrauchs.

Die schädlichen Folgen des Alkoholismus, in ihrer Gesamtheit genommen, müssen natürlich auch auf die ganze Nation und Volkswirtschaft ihren Einfluß geltend machen.

In ersterer Hinsicht ist zu bemerken, daß Eltern, von denen auch nur der eine Teil alkoholsüchtig ist, unmöglich gesunde Kinder haben können; daß Kinder und Enkel von Alkoholsüchtigen nicht nur das widerstandsschwache Blut von den Eltern überkommen, sondern auch die unglückliche Neigung zum Trinken. Geschlechter, in denen die Neigung zum Trinken sich einmal eingenistet hat, sind, wie die Erfahrung lehrt, in der Regel dem baldigen Untergange geweiht und verkommen oft durch Unfruchtbarkeit der Nachkommen schon nach 2 bis 3 Generationen bis zum Aussterben der ganzen

Familie. So kann man mit Recht sagen, daß der Alkoholmißbrauch eine schwache, erbärmliche Nachkommenschaft erzeugt und bei großer Ausbreitung die Volkskraft und die militärische Leistungsfähigkeit des Staates gefährdet.

Schon die alten Völker kannten die schwächende Wirkung des Alkohols genau, so beförderten die Spartaner absichtlich die Trunksucht bei den Besiegten, um diese in dauernder Schwäche zu erhalten.

Die ungeheure volkswirtschaftliche Bedeutung der Alkoholfrage geht schon daraus hervor, daß im Deutschen Reiche im Jahre 1901 die fast unglaubliche Summe von 3300 Millionen Mark für geistige Getränke aller Art ausgegeben wurde, während für Brotgetreide insgesamt nur 1700 Millionen Mark nötig waren. Im Alkoholgewerbe sind eine und eine halbe Millionen Menschen beschäftigt; zur Erzeugung aller Alkoholfrüchte ist rund der fünfzehnte Teil der gesamten Ackerfläche des Vaterlandes erforderlich. Hunderte Millionen Zentner Getreide und Kartoffeln werden in Deutschland jährlich zur Herstellung geistiger Getränke verbraucht, diese Massen können natürlich der Herstellung von Volksnahrung nicht mehr dienen.

Für das in Deutschland dem Alkohol geopferte Geld könnte z. B. jährlich für 1000000 Arbeiter je ein Einzelhaus im Werte von 3300 Mark hergestellt werden.

Bekämpfung des Alkoholismus.

Wer ein Übel mit Erfolg bekämpfen will, der muß zuerst seine Ursachen kennen lernen.

Das allgemeine Vieltrinken hat seinen Hauptgrund in sozialen Verhältnissen der mannigfachsten Art.

Eine Erörterung derselben führt uns mitten in die soziale Frage hinein. Es kann jedoch nicht meine Aufgabe sein, alle Ursachen der Alkoholsucht erschöpfend zu behandeln. Dazu gehören Jahre und Bände. Es soll vielmehr nur das Wichtigste erwähnt werden.

Zuerst sind gewisse persönliche und soziale Verhältnisse allgemeiner Art in Betracht zu ziehen. Solche sind: Kummer, Schmerz und sonstige Unglücksfälle mancherlei Art, die den Menschen veranlassen, im Alkohol einen Tröster und Helfer zu suchen.

Kummer und Unglück sind jedoch Verhältnisse, die den Menschen immer wieder treffen werden und wäre es ein törichtes Beginnen, diese allgemein aus der Welt schaffen zu wollen, denn gegen sie ist bis jetzt kein Kraut gewachsen.

Allein es gibt auch gegen Kummer und Unglück weit bessere Hülfe, als der Alkohol sie leisten kann. Das ist Pflichterfüllung und jegliche Arbeit der Nächstenliebe, die außerdem innere Befriedigung gewährt.

In vielen andern Fällen sind die den Menschen unmittelbar umgebenden häuslichen Verhältnisse Schuld an der Trunksucht. Und hier sind es vor allem zwei Punkte, bei denen durch ein richtiges Vorgehen viel erreicht werden kann. Das sind die Hausfrauen- und die Wohnungsfrage. Zwei Fragen, die auch einen wichtigen Teil der sozialen Frage überhaupt ausmachen.

Wenn der Mann von des Tages Last und Hitze nach Hause kommt und findet weder ein sauberes Zimmer, noch eine wohlschmeckende Mahlzeit vor-

bereitet, noch ein freundliches Gesicht, wohl gar die Frau ausgeflogen, so kann ihm niemand verdenken, wenn er mißmutig wird und Wärme und Wohlbefinden im Wirtshause sucht. Wenn der Mann sich morgens zur Arbeit erhebt und ohne jegliches warmes Getränk, ohne eine Tasse Kaffee das Haus verlassen muß, so kann es ihm wiederum niemand übel nehmen, wenn er schon früh vor der Arbeit die Schnapskneipe aufsucht.

Anderseits, wenn der Mann nach Hause kommt und findet ein warmes Zimmer, einen sauber gedeckten Tisch, eine treu sorgende Frau, wird es ihm dann wohl einfallen, in das schnaps- oder tabakdunstige Wirtshaus zu gehen? Gewiß nicht.

Schon aus diesen kurzen Andeutungen geht hervor, daß ein gutes Stück der ganzen Trunksuchtsfrage in der Art und dem Tun der Hausfrau liegt. Es kommt fast alles darauf an, wie die Frau beschaffen ist und wie sie es versteht, dem Mann die Häuslichkeit anziehend, reinlich, wohnlich und behaglich zu machen. Ja, man lache nur nicht: Schlafrock und Hausrock und Pantoffeln und eine Pfeife Tabak sind ja an sich unscheinbare Dinge; in den sozialen Verhältnissen vieler Bevölkerungsklassen aber spielen sie auch heute noch eine ganz hervorragende Rolle.

Schon auf der Arbeitsstelle kann man es jedem ansehen, ob er eine ordentliche Hausfrau hat und zu Hause gut verpflegt wird.

Bei dieser Wichtigkeit der Hausfrauenfrage gibt sich in neuerer Zeit überall das Bestreben kund, die weibliche Jugend auch in der, seit langem vielfach vernachlässigten Hauswirtschaft, im Wirtschaften, Kochen, Nähen u. s. w. auszubilden. Überall werden Koch- und Wirtschaftsschulen ins Leben gerufen

und verdienen all diese Bestrebungen, die ja indirekt auch die Trunksucht bekämpfen, die lebhafteste Unterstützung aller Volksfreunde.

Mit der Hausfrauenfrage hängt aufs Engste zusammen die Wohnungsfrage und da glaube ich, mich ganz kurz fassen zu dürfen; ist die Hausfrauenfrage recht befriedigend gelöst, so wird sich die Frage nach gesunden, bequemen Wohnungen ganz von selbst finden. Eine saubere, ordentliche Frau wird schon von selbst mehr Gewicht auf eine luftige, saubere, helle, behagliche Wohnung legen und es durch ihre Sparsamkeit, namentlich durch die Vermeidung unnützer Trinkausgaben bald dahin bringen, daß für eine bessere Wohnung auch bedeutend mehr angelegt werden kann.

Eine weitere Ursache der Trunksucht liegt in der Ererbung der Trinkneigung von den Eltern oder Voreltern. Daß ein solcher Übergang stattfindet, ist wissenschaftlich, wie auch erfahrungsgemäß gleich sicher erwiesen. Leider muß man sagen, daß heute zehntausende von Kindern vorhanden sind, welche die Neigung zu alkoholischen Getränken, den Keim zur Trinksucht, bereits in sich tragen.

Hier stehen wir allerdings vor einem grausamen, unerbittlichen Naturgesetz, dem gegenüber wir an sich machtlos sind. Aber es ist noch lange nicht nötig, daß jeder, der die Trinkneigung ererbt hat, nun auch selbst zum Trinker wird.

Und dies kann verhindert werden durch rechtzeitige Belehrung, indem man solche Leute veranlaßt, einem Enthaltsamkeits-Verein beizutreten und mit allen eigenen Kräften, mit der moralischen Unterstützung und mit dem Beispiel der Angehörigen die unglückselige Trinkneigung beharrlich zu bekämpfen.

Von den speziellen Trinkgründen.

Vom **Durst.**

Die meisten Viel- und Ofttrinker trinken nur deshalb so oft und so viel, weil sie immer Durst haben.

Das mag zunächst wie eine Redensart klingen. Indessen für die Bekämpfung des Alkoholismus hat doch die Durstfrage eine sehr große Bedeutung.

Denn der Durst ist meist ein selbstverschuldeter und kann durch eine zweckmäßige Durstverhütung zweifellos wirksam bekämpft werden.

Eine nachhaltige Durstverhütung kann aber wiederum nur durch eine Einwirkung auf die Ursachen des Flüssigkeitsbedürfnisses erreicht werden.

Ein natürliches Durstgefühl, d. h. das Bedürfnis, die vom Körper verbrauchte Flüssigkeit zu ersetzen, darf und mag vorhanden sein. Dieses natürliche Trinkbedürfnis kann aber sehr gut mit einfachem Wasser gestillt werden, jedenfalls ist es nicht derart, daß zu seiner Löschung brennender Alkohol nötig wäre.

Jedes Durstgefühl, das nicht aus dem natürlichen Flüssigkeitsbedürfnis des Körpers entsteht, ist künstlich herbeigeführt und schon deshalb vom Übel.

Künstliche Mittel, den Durst zu steigern, kennt jeder Wirt und jeder Trinker ganz genau, es sind außer dem Alkoholgenusse selbst scharfe Gewürze aller Art, Salz, Pfeffer, Senf, Essig u. s. w., auch schon in kleineren Mengen, und alle mit Gewürzen oder mit vielem Fett zubereiteten Speisen und Getränke, scharfe Tunken, pikante Salate, Süßigkeiten u. s. w.

Alle diese Sachen müssen gemieden werden, will man den Reiz zum übermäßigen Trinken wirksam bekämpfen.

In zweiter Linie steht, was nicht jedermann bekannt sein dürfte, jeder übermäßige Fleischgenuß; dieser ruft in Verbindung mit der fast regelmäßigen starken Würzung ein größeres Verlangen nach geistigen Getränken wach, wie ja auch bei den Angehörigen des Fleischereigewerbes, grade so wie im Gasthausgewerbe, eine überdurchschnittliche Sterblichkeit herrscht. Es ist also auch in dieser Beziehung eine Einschränkung erforderlich, um einen starken, unnatürlichen Durst zu verhüten. Nebenbei tritt nach Obst, Gemüse und Mehlspeisen erfahrungsgemäß nur ein geringes Trinkbedürfnis auf, wie man das jederzeit ausprobieren kann. Natürlich darf man auch diese nicht zu scharf würzen.

Vielfach wird auch durch starkes Schwitzen ein größerer Durst hervorgerufen. Warum wird nun das hierdurch verbrauchte Wasser durch geistige Getränke ersetzt und nicht wiederum durch Wasser? Weil man glaubt, das einfache Wasser sei schädlich.

Diese Meinung ist aber ganz verkehrt. Denn nach den Versuchen der Militärverwaltung z. B. ist auch bei starker Erhitzung klares, kaltes Wasser unschädlich, wenn man in Bewegung bleibt und es nicht zu schnell trinkt.

Viele Militärbehörden verbieten den Alkoholgenuß in jeder Form während des Marsches ganz, da er die Marschleistungen herabsetzt. Dagegen wird neuerdings der einfache, gewöhnliche Zucker als wirksames Mittel gegen den Durst und zur Überwindung dauernder Anstrengungen empfohlen.

Der Trinkdruck.

Sehr viel wird unnütz getrunken infolge eines mehr oder weniger starken, von der Umgebung ausgeübten Druckes. Es bezieht sich dies sowohl auf das private, wie auch auf das öffentliche Leben.

Im privaten Leben wird durch das Beispiel und das Zureden der Angehörigen und guter Freunde in Verbindung mit zu großer Gutmütigkeit auf Seiten der Zugeredeten sehr viel gesündigt. Hier kann es jedoch nicht eher besser werden, bis eine größere, hoffentlich immer mehr anwachsende Anzahl selbständiger Personen, die wissen, was sie wollen, sich in Bezug auf das, was man trinken oder nicht trinken will oder soll, überhaupt nicht mehr beeinflussen läßt.

Auch im öffentlichen Leben, namentlich bei den tausenden Vereinen aller Art, wird im Trinken viel zu viel getan, eine natürliche Folge davon, daß in unserer deutschen Heimat nun einmal jedes wichtige und auch jedes unwichtige Ereignis gehörig mit Alkohol begossen werden muß.

Auch hier darf nicht erwartet werden, in absehbarer Zeit etwas zu erreichen. Hier möchte man beinahe die Segel streichen. Ein Grundfehler liegt meines Erachtens allerdings darin, daß die große Mehrzahl aller Zusammenkünfte, Sitzungen, Konferenzen, Versammlungen von den vielen Vereinen, auch von den meisten Nichtvergnügungsvereinen, regelmäßig in den Wirtschaften stattfindet.

Liegt ein zwingender Grund hierfür vor? Nein! — Alle diese Zusammenkünfte können sehr wohl in anderen Räumen abgehalten werden. Aber wo sind solche Räume? Ja, wo sind sie? Es gibt eben keine, mit sehr wenigen Ausnahmen in großen Städten.

Aber es können welche geschaffen werden und es wird Sache der Gemeinden sein, solches zu tun.

Jede Stadt muß ein solches, schenkwirtschaftfreies, neutrales Haus besitzen, in welchem Sitzungen und Versammlungen aller Art ohne jeden **Druck** zum Trinken

und ohne jeden **Zwang** zum Trinken abgehalten werden können.

Unter all den Leuten, die solchen Sitzungen beiwohnen müssen, gibt es viele sparsame Leute, die innerlich keine Lust haben, zu all diesen Pflichtsitzungen auch noch eine unfreiwillige Leistung an den Wirt zu übernehmen. Jedenfalls steht soviel fest, daß ohne die bequeme Trinkgelegenheit mancher nicht mitmachen und manches Glas Bier ungetrunken bleiben würde.

Der Trinkzwang.

Noch gefährlicher, als der gesellschaftliche Druck zum Trinken ist der, namentlich bei der studierenden Jugend noch meist gebräuchliche Trinkzwang. Dieser Zwang zur andauernden oft übermäßigen Aufnahme geistiger Getränke zerstört nicht allein den Magen, er bildet auch in vielen Fällen die Ursache für die spätere Entstehung der ausgesprochenen Trinksucht. Denn der Mensch legt dasjenige, was er 3 und 4 Jahre hindurch täglich betrieben hat, was ihm in Fleisch und Blut übergegangen ist, gewöhnlich nicht wieder ab.

Dieser Zwang zum Trinken ist so töricht, so gesundheitsschädlich für jeden, so verderblich für manche, deren Körper den Alkohol nicht vertragen kann, so unvereinbar mit der sogenannten akademischen Freiheit, daß sich neuerdings zahlreiche ernste Männer in allen möglichen Lebensstellungen, darunter viele alte Herren von studentischen Korporationen, bemüht haben, eine Beseitigung dieses unglücklichen und durchaus zopfigen Gebrauches an den Universitäten und anderen Hochschulen zu erreichen.

Das ist auch hier und da schon gelungen und

umsomehr mit Freuden zu begrüßen, als die Aufrechthaltung einer strammen Disziplin nach dem Urteile erfahrener Männer sehr wohl ohne diese wüsten Trinkgesetze möglich ist.

Auch ist wohl zu beachten, daß die Studenten fast durchgehends später dem öffentlichen Leben als Beamte angehören werden und daß eine ernste Beschäftigung mit sozialen Fragen aller Art in ihren Mußestunden den jungen Herren viel mehr nutzen würde, als der allabendlich stundenlange Aufenthalt in alkohol- und tabakdunsterfüllten Kneipen.

Die Befriedigung des Trinkbedürfnisses

geschieht entweder zu Hause oder in öffentlichen Erfrischungshäusern (Restaurationen). Solche öffentlichen Erfrischungsstellen können ja bei den heutigen Verkehrsverhältnissen nicht entbehrt werden, wohl aber ist es überflüssig, daß dieselben fast ohne Ausnahme mit einer Schankerlaubnis (Konzession) für geistige Getränke versehen sind. Es bieten daher heute noch alle Wirtschaften mit und ohne Fremdenbeherbergung überall Gelegenheit und Anreiz zum Genusse von geistigen Getränken.

Will man diesen zahlreichen Trinkgelegenheiten mit Erfolg entgegenarbeiten, so muß vor allem die Prüfung der Bedürfnisfrage überall auch wirklich strenge durchgeführt werden und muß man auf diese Weise endlich dahin zu kommen suchen, daß nicht, wie jetzt auf 150 und 100 Seelen eine Wirtschaft entfällt, sondern, wie es wünschenswert ist und als Ziel im Auge behalten werden muß, auf 400 bis 500 Seelen.

Wichtig ist es, dafür zu sorgen, daß in den Kreis- und Stadt-Ausschüssen, die über die Erteilung der Erlaubnis zu beschließen haben, keine Alkohol-

interessenten sitzen, da solche an dem Ausgang der Sache immer direkt oder indirekt beteiligt sind.

Viel könnte schon gewonnen werden, wenn, wie es schon hier und da geschieht, die Inhaber von Gast- und Erfrischungshäusern durch Anschläge dem Publikum ankündigten, daß für eine Verpflegung *ohne* Getränke 25 oder 50 Pfennige für die Mahlzeit oder für den Tag mehr bezahlt werden müsse. Das würden viele gern tun und das Geschäft des Wirtes würde hierunter kaum leiden, da bei dem Nichttrinker auch alle Unkosten für den flüssigen Wirtschaftsbetrieb wegfallen.

Neben der Beschränkung der Alkoholwirtschaften muß die Errichtung von alkoholfreien Wirtschaften möglichst gefördert und erleichtert werden, sei es durch Befreiung von den besonderen staatlichen oder gemeindlichen Getränke-, Schank- oder Betriebssteuern, sei es durch die Beseitigung der Bedürfnisfrage, die ja bei alkohol*freien* Erfrischungshäusern einen *inneren* Grund nicht hat, während natürlich die Lokal- und Personenfrage auch hier ihre Bedeutung im öffentlichen Interesse beibehalten muß. Die Gründung solcher alkoholfreien Wirtschaften ist überall seitens der Enthaltsamkeits- und Mäßigkeitsfreunde anzustreben, dieselben werden nach den zahlreichen norwegischen, schwedischen, englischen, amerikanischen Vorbildern, die ganz gute Geschäfte machen, auch bei uns dauernden Zuspruch finden. Ganz besonders sind alkoholfreie *Gast*häuser schon deshalb zu empfehlen, weil man in ihnen ruhiger, ungestörter und gesunder wohnt und verkehrt, als in Alkoholhäusern.

Für andere Erfrischungsgelegenheiten haben zu sorgen die Gemeinden, indem sie an öffentlichen Plätzen, auf den Straßen mit großem Verkehr Trinkwasserbrunnen errichten, desgleichen alle größe-

ren Arbeitgeber, deren soziale Pflicht es ist, für jeden ihrer Arbeiter die Gelegenheit zu schaffen, zu jeder Zeit frisches Trinkwasser zu sich zu nehmen.

Die großen, öffentlichen Verkehrsanstalten haben dafür zu sorgen, daß die Bahnhofswirte überall an den Zügen Trinkwasser und andere alkoholfreie Getränke zum Verkauf ausbieten. Die Wirte werden im Sommer hierbei ihre gute Rechnung finden.

Andere Durststillungsmittel.

Eine wichtige Stellung in der Alkoholfrage nehmen die Ersatzmittel für den Alkohol ein.

In dieser Beziehung werden wohl immer den ersten Platz der chinesische Tee und der Bohnenkaffee behaupten. Beide sind Anregungs-, Erfrischungs-, Erwärmungs- und Durststillungs-Getränke zugleich, ohne die schädlichen Wirkungen des Alkohols. Sie dürfen jedoch nicht zu stark gemacht werden, weil sie dann die Nerven angreifen und namentlich der letztere auch die Verdauung erschweren.

An Getränken kommen weiter in Betracht: alkoholfreie Obstweine und Säfte, wie sie jetzt überall zu haben sind, weiter Selters- und Sodawasser, Limonaden aller Art, Zitronenwasser, Milch, Kakaomilch und Kohlensäuremilch.

Endlich darf als vorzügliches Durstmittel nicht vergessen werden das frische natürliche Obst, das außer seinen erfrischenden Eigenschaften noch einen **ziemlich bedeutenden Nährwert** hat, die Verdauung günstig beeinflußt und ein stärkeres Durstgefühl überhaupt nicht aufkommen läßt. Das Obst bietet daher, da es auch einen sehr hohen Wassergehalt, über 70% be-

sitzt, gewissermaßen Speise und Trank zu gleicher Zeit.

Über den wahren Wert des Alkohols.

Um prüfen zu können, wie ganz unberechtigt und unverdient das dem Alkohol gegenwärtig noch von den meisten Seiten gespendete Lob ist, bedarf es vor allem einer näheren Beleuchtung, wie sehr sein kleiner Nutzen überschätzt wird. Daß sein Schaden nur zu sehr unterschätzt wird, glaube ich im Vorhergehenden hinreichend gezeigt zu haben.

Was aber seinen wirklichen Nutzen betrifft, so beschränkt sich dieser einzig und allein auf seine Wirkungen als Arzneimittel für eigentliche Kranke.

Als Arzneimittel ist der Alkohol bei gewissen Krankheiten von vorübergehendem Nutzen, namentlich zur Anregung der Herztätigkeit, auch bei der Behandlung von Erschöpfungszuständen nach starken Blutungen, Ohnmachten; bei Influenza und Grippe sowie nach Schlangenbissen soll er Gutes leisten. In keinem Falle sollte er jedoch ohne ärztliche Verordnung genommen werden.

Auch äußerlich angewandt, kann der Alkohol gute Dienste tun. In Gestalt von sogenannten Alkoholverbänden erzeugt er schnell eine große Wärme und soll auf diese Weise durch die Zuführung großer Blutmengen, Entzündungen, Geschwüre, Eiterungen aller Art überraschend schnell zur Heilung bringen.

Mit diesen günstigen Wirkungen des Alkohols als Heilmittel ist aber auch sein Nutzen erschöpft.

Alkohol als Nährmittel?

In der ganzen bekannten Natur gibt es keinen Stoff, der gleichzeitig ein Giftstoff und ein Nähr-

stoff wäre. Nun ist aber beim Alkohol durch unanfechtbare Versuche, insbesondere von Kräpelin-Heidelberg, Kassowitz-Wien u. a. bewiesen, daß derselbe die Grundbestandteile des Körpers, die sog. Protoplasmazellen zerstört, also als regelrechter Giftstoff angesehen werden muß.

Ist aber der Alkohol ein Giftstoff, so ist er eben kein Nährstoff. — Auch im Gebiete des Stoffwechsels kann eben niemand zwei Herren dienen. — Da höre ich nun sagen: „Was — in allen Getränken soll der Alkohol ein Giftstoff sein, wo bleibt denn da das schöne herrliche Bier?" Ja, auch diese Sache will ich offen und genau aufklären. Das Bier ist das einzige geistige Getränk, das neben seinem Alkoholgehalt von 2 bis 5% auch einen geringen Bestandteil an Nährstoffen enthält. Diese Stoffe haben bei einem mittleren Glase Bier etwa den Nährwert von 10 gr Mehl.

Dafür ist allerdings der Nährwert im Bier etwas sehr teuer bezahlt. Ich bitte, sich hiernach mal auszurechnen, was ein Pfund Mehl kosten würde, wenn 10 gr 10 Pfennige gelten.

Also, um es kurz zu wiederholen:

Alkohol kann Nähr- und Giftstoff zugleich nicht sein. — Nun ist er aber bewiesenermaßen ein Giftstoff, also ist er kein Nährstoff.

Ferner ist der Alkohol auch kein Stärkungsmittel, auch kein den Appetit und die Gesundheit allgemein förderndes Mittel. Die Annahme der Gesundheit fördernden Wirkungen des Alkohols beruht nur darauf, daß derselbe als betäubendes Mittel (Narkotikum) die natürlichen Gefühle der Erschlaffung, der Ermüdung, der Kälte, der Sättigung einschläfert und vorübergehend beseitigt, wodurch dann für kurze Zeit der trügerische

Schein einer Stärkung, einer Erwärmung, des Hungers erweckt wird.

In Wirklichkeit ist es umgekehrt. Der Nährwert des Alkohols ist gleich Null. Denn er enthält weder Fett noch Eiweiß, noch Nährsalze, noch sonst irgend welche Bestandteile, die zum Aufbau des Körpers nötig sind.

Der Alkohol ist auch kein muskelkraftgebendes Mittel, da Muskeln und Muskelkraft sich nur aus wirklichen Nahrungs-, niemals aus nur anregenden oder erregenden Genußmitteln bilden können, im Gegenteil, der Alkohol ist wegen seiner blutzersetzenden Eigenschaften ein Muskelschwächer, ein Muskelverderber; schon geringere Mengen von Alkohol setzen die Leistungsfähigkeit der Muskeln soweit herab, daß man diese Herabsetzung mit Hülfe von besonderen Einrichtungen genau messen kann.

Für alle diejenigen, die mit ihren Händen und Armen arbeiten müssen, ist es also von der allergrößten Bedeutung zu wissen, daß durch regelmäßigen Alkoholgenuß dem Arbeiter sein einziges körperliches Kapital — das ist seine Muskelkraft und seine Sehnenspannung — stetig und sicher geraubt wird.

Aber auch ein schon ermüdeter und übermüdeter Körper kann durch kein Mittel der Welt zum sofortigen, unschädlichen Weiterarbeiten befähigt werden. Benutzt man in solchen Fällen den Alkohol zum Selbstantreiben, so kann dieser nur wirken, wie eine Peitsche. Diese vermag dem abgearbeiteten Tiere auch keineswegs neue, wirkliche Kraft zu geben, sie kann vielmehr nur die letzte Kraft herauslocken und dieser letzten Überanstrengung folgt dann als natürlicher Rückschlag die stärkste Abspannung.

Ferner ist durch viele Erfahrungen bewiesen, daß der Alkohol auch zum Aushalten von außergewöhnlichen, andauernden Anstrengungen ganz unnütz ist. Die Erfahrungen von Bergsteigern, Radfahrern, Nordpolreisenden gehen übereinstimmend dahin, das Alkohol nicht stark, sondern schlapp macht, und daß jeder, der andauernde wirkliche Strapazen unternehmen und aushalten will, sich des Alkohols gänzlich enthalten muß.

Nur zwei Beispiele. Nansen, der berühmte Nordpolsucher, sowie der Herzog der Abruzzen mit seiner ganzen Expedition haben auf ihrer überaus anstrengenden und gewiß ausreichend kalten Nordlandsreise keinen Tropfen Alkohol zu sich genommen. Wer in Tropengegenden auswandern will, aber nicht dem Alkoholmißbrauch entsagen kann oder will, der bleibe lieber daheim, da eine gute Akklimatisierung, ohne Gesundheitsschädigung, mit Alkoholgenuß fast nie gelingt.

Die beste Erwärmung für den Körper ist eine gesunde Bewegung in Verbindung mit einer guten, einfachen Nahrung, die im Körperofen auch ohne Hinzutun von Alkohol vollkommen ausreichend verbrennt und ein gutes Blut erzeugt.

Endlich kann auch nicht behauptet werden, daß der Alkohol den Appetit anregt.

Beim gesunden Menschen ist eine künstliche Anregung des Hungers überhaupt nicht nötig, da ein wirklich vorhandenes Speisebedürfnis sich schon von selbst meldet. Ist kein Nahrungsbedürfnis vorhanden, so kann ein neues Hungergefühl nur durch eine künstliche Anstachelung der Magenschleimhäute herbeigeführt werden, die aber, weil unnatürlich, nur schädlich wirken kann.

Hiernach bitte ich zu beurteilen, was von dem wahren Werte des Alkohols noch übrig bleibt.

Zur Aufklärung über diesen angeblichen Wert des Alkohols kommt noch in Betracht: wer die Jugend hat, dem gehört die Zukunft.

In dieser Beziehung ist es dringend wünschenswert, daß in **alle** Lesebücher der Volksschulen ein geeigneter Aufsatz über die Gefahren des Alkoholmißbrauchs aufgenommen wird.

Alkohol als Rentenausschließungsgrund.

Die gegenwärtige Fassung unserer Unfallversicherungsgesetze läßt es nicht zu, einem in der Trunkenheit Verletzten die Unfallrente eben wegen dieser Trunkenheit zu versagen.

Es dürfte zweckmäßig sein, diese Gesetze dahin abzuändern, daß Unfälle im Betriebe, die durch selbstverschuldete Trunkenheit des Verletzten hervorgerufen sind, von den Berufsgenossenschaften gar nicht, oder doch nur zu einem Teil der sonst eintretenden Rentensätze entschädigt zu werden brauchen — oder daß in diesen Fällen die Rentenzahlungen nur an die Familie oder Ehefrau des Verletzten geleistet werden dürfen.

Mithülfe der Ärzte.

Ein weiteres, sehr gutes und wirksames Mittel zur Ausbreitung richtiger Anschauungen über die Gefahren des Alkohols ist die Tätigkeit von solchen Ärzten, die selbst ausreichend über die Alkoholfrage unterrichtet sind. Man glaubt nicht, wieviel Einfluß der Hausarzt in der Familie hat und wieviel die Mäßigkeitsbestrebungen der tätigen Mithülfe von verständigen Ärzten schon zu verdanken haben; ihre Mitwirkung ist meist nur eine stille,

aber sie ist nichts destoweniger wirksam und verdienstvoll.

Heilung der Alkoholkrankheit.

Eine Heilung der Alkoholkrankheit kann, wie von vornherein gesagt werden muß, nur durch die Beseitigung ihrer Ursachen und nur dann erreicht werden, wenn der Körper in seiner Widerstandsfähigkeit noch nicht zu sehr geschwächt ist. Dies zu beurteilen, muß natürlich dem Arzte überlassen bleiben.

Vor jeder Behandlung der Alkoholkrankheit mit sogenannten Geheimmitteln kann nicht genug gewarnt werden, weil diese meist auf Schwindel beruhen und durchaus nichts helfen; wie es überhaupt für jeden Einsichtigen leicht erklärlich ist, daß eine festsitzende Neigung zu alkoholhaltigen Getränken nicht durch ein paar beliebige Pillen oder geheimnisvolle Mischungen (Mixturen) beseitigt werden kann. Hierzu gehören ganz andere Maßregeln.

Eine wirkliche Neigung zum Trinken kann nur bekämpft werden durch festen Willen und strenge Ausdauer, zwei Dinge, die leider bei Alkoholkranken meistens nicht vorhanden sind.

Es bleibt daher bei der Mehrzahl von allen Trinkern nur übrig ein Anschluß an bestimmte Enthaltsamkeitsvereinigungen z. B. die Guttempler, oder das evangelische blaue Kreuz, oder an das katholische Kreuzbündnis, oder andere geheilte, sog. gerettete Trinker, die den Mangel des eigenen festen Willens ergänzen können, oder eine Heilbehandlung in einer Trinkeranstalt. Solche Anstalten sind in allen Landesteilen, sowohl für Männer, wie für Frauen, meistens in mehreren Klassen, für Be-

mittelte und für weniger Wohlhabende vorhanden. Adressen werden von dem Verfasser gern mitgeteilt, selbstverständlich unter strengster Verschwiegenheit.

In diesen Anstalten findet eine planmäßige und sichere Entwöhnung von geistigen Getränken statt. Diese muß zur Vermeidung von Rückfällen ziemlich lange, mindestens Monate hindurch fortgesetzt werden. Für einen aus einer Anstalt zurückgekehrten Trinker besteht auch nach der Anstaltsbehandlung die dauernde Gefahr eines Rückfalles. Das erste Glas, der erste Tropfen treibt ihn, wie viele Erfahrungen beweisen, mit fast unfehlbarer Sicherheit wieder in das Laster der Trinksucht hinein.

Darum ist es ein schweres Unrecht, ein gemeines, niederträchtiges Verfahren, wenn die sogenannten guten Freunde einem widerstrebenden Trinker **zureden, auch nur ein einziges Gläschen Alkohol mitzutrinken.**

Nutzanwendung.

Aus den bisherigen Ausführungen lassen sich für das tägliche Leben manche goldene Regeln ableiten.

1. Wer soll überhaupt keine geistigen Getränke zu sich nehmen?

a) **Alle Kinder bis zu vierzehn Jahren.** (Gegenwärtig mehr wie 17 Millionen im Deutschen Reiche.)

Warum? Weil der Alkohol für Kinder, namentlich kränkliche und schwächliche, geradezu verhängnisvoll ist,
weil er körperlich keinerlei Stärkung bringt,
weil er vielmehr die körperliche und geistige Entwickelung des Kindes hemmt, verzögert,

weil er schnell zur Ermüdung führt, träge und unaufmerksam in der Schule macht,
weil er die Unbotmäßigkeit der Kinder gegenüber den Eltern und Lehrern befördert,
weil er Schlaflosigkeit und frühe Nervosität erzeugt,
weil er die Sittlichkeit der Kinder gefährdet,
weil er die Widerstandskraft des Körpers schwächt,
weil er immer neues Durstgefühl hervorruft, deshalb leicht zum gewohnheitsmäßigen Trinken führt und dadurch die Gefahr einer schwächlichen Nachkommenschaft herbeiführt.

Darum ist es ein unverantwortlicher Unfug, Kindern täglich oder auch nur sonntäglich ein Glas Bier oder Wein oder sonstwas zu geben oder sie auch nur schluckweise mittrinken zu lassen.

Liebe Eltern, gebt doch den Kindern keinerlei geiste Getränke und gewöhnt sie auch nicht an Weniges; Jung gewohnt, Alt getan. Aus dem Wenigen kann bei der späteren tausendfachen Versuchung des täglichen Lebens gar leicht ein Viel werden. Aus 2 und 3 Tropfen werden 10 Tropfen, aus 10 Tropfen wird ein halbes Gläschen, aus einem halben Gläschen wird ein ganzes Gläschen, aus einem ganzen Gläschen werden im Laufe der Zeit 2 ganze Gläser — es schmeckt gar zu gut — und die gewohnheitsmäßige Trinkerei, die Trinksucht ist da.

Von der Trinksucht aber zur Trunksucht ist nur noch ein Schritt.

Liebe Eltern, ihr begeht geradezu ein Verbrechen an der Zukunft eurer Kinder, wenn ihr die Angewöhnung der Kinder an irgendwelchen regelmäßigen Alkoholgenuß duldet.

Ganz besonders warne ich vor allen mit Alkohol gefüllten Süßigkeiten, weil sie geeignet sind,

in dem nichts ahnenden Kinde eine gefährliche Liebhaberei an dem süßen Gifte zu erzeugen, die später bei der zunehmenden Trinkversuchung kaum wieder beseitigt werden kann.

Die Anfertigung von Leckereien dieser Art sollte gesetzlich verboten werden.

Noch eins muß erwähnt werden. In vielen Familien besteht die Gewohnheit, kleinen Kindern, damit sie besser einschlafen, ein paar Tropfen Alkohol irgend welcher Art in die Milch zu gießen. Diese Unsitte ist ebenso verdammungswert, sie bedeutet eine langsame Vergiftung des zarten Organismus der Kinderchen.

Ein viel besseres Schlafmittel ist es, dafür zu sorgen, daß die Kinder bei Tage sich gehörig bewegen und austoben können; dann kommt der Sandmann schon ganz von selbst und es werden keinerlei künstliche Schlafmittel mehr nötig sein.

Natürlich darf man die Kinder auch nicht allzufrüh zu Bett bringen.

b) Ferner muß sich des Alkohols **vollständig** und **dauernd** enthalten jeder Alkoholkranke, jeder Alkoholsüchtige, da der Gefahr von Rückfällen, wie die Erfahrung tausendfach gelehrt hat und immer wieder lehrt, nur auf diese Weise vorgebeugt werden kann.

c) Schiffsführer, Lokomotivführer, Heizer, alle Personen, die mit der Bedienung von Eisenbahnsignalen zu tun haben, alle Beamten des äußeren Stationsdienstes, sowie Führer von elektrischen und anderen Straßenbahnwagen; denn der Aufmerksamkeit dieser Leute ist die Sicherheit vieler Menschenleben anvertraut, eine fest bestimmte Grenze der Mäßigkeit im Genusse von Spirituosen kann für sie nicht gefunden werden. Bei ihnen allen kann

ein einziges Glas Bier, ein kleinstes Gläschen Branntwein die Zuverlässigkeit der Sinneswahrnehmungen soweit stören, **daß in der Sekunde der Gefahr die Fähigkeit, den richtigen Entschluß zu fassen, nicht mehr vorhanden ist.**

d) Ärzte, die das Operationsmesser handhaben, da auch bei ihnen eine absolut ruhige, sichere Hand und jederzeitige, schärfste Verstandesklarheit notwendig ist.

e) Dampfkesselwärter, sowie alle in elektrischen Betrieben beschäftigte Personen; auch bei diesen ist stete Verstandesklarheit zur ordnungsmäßigen Bekleidung des Dienstes erforderlich.

f) Alle Feuerwehrleute.

g) Schießmeister in Steinbrüchen und Bergwerken.

Ist Alkohol verordnet, so hüte sich der Kranke besonders vor den sog. Gesundheitsweinen. Diese sind in großem Umfange gefälscht und oft nur aus Sprit und Zucker hergestellt; von reinem Wein enthalten sie keine Spur.

Jedenfalls empfiehlt sich vor dem Genusse solcher Weine eine chemische Untersuchung.

Keinen Alkohol sollen trinken:

a) Alle Frauen, die die Geburt eines Kindes erwarten, da von Alkohol verschlechtertes Blut auch das Blut der Nachkommen schwächt und verschlechtert;

b) nährende Frauen, insbesondere Ammen, weil festgestellt ist, daß der Alkohol durch die Muttermilch direkt und unverändert auf das genährte Kind übergeht;

c) alle diejenigen, die aus nervös veranlagten Familien stammen. Angehörige solcher Geschlechter

vertragen den Alkohol meist schlecht und pflegen bald die Kraft zu verlieren, ihm zu entsagen.

Wer soll im Alkoholgenuß besonders mäßig sein?

a) Jeder, der aus einer sog. Trinkerfamilie stammt. Es bedarf dies wohl keiner besonderen Begründung mehr und genügt es zu bemerken, daß gerade bei ihm die besonders große Gefahr besteht, auch ein Trinker zu werden;

b) jeder, der widerstandsschwaches Blut hat mit anderen Worten: jeder, der einen schwächlichen Körper im ganzen besitzt, sei es durch Ererbung, sei es durch Erwerbung.

Ganz besondere Vorsicht ist geboten für alle Abkömmlinge aus sog. Schwindsuchts-Familien, da der Alkoholgenuß als schwächendes Moment die Tuberkulose leichter zur Entstehung bringt.

Wer soll den Arzt fragen?

Wer irgend ein Leiden oder körperliche Beschwerden hat und denselben trotz aller aufgewandten Bemühungen und Untersuchungen nicht auf den Grund kommen kann; wer an irgend einer bekannten Krankheit leidet, die trotz aller ärztlichen Kunst, trotz aller angewandten Arzneimittel nicht weichen will, der prüfe sich einmal selbst gewissenhaft auf die Alkoholfrage, oder ziehe einen alkoholsachverständigen Arzt zu Rate.

Wieviel soll endlich der Gesunde trinken?

Auf diese Frage kann es an dieser Stelle nur eine Antwort geben. Diese lautet:

Ein jeder trinke so wenig wie irgend möglich berauschende Getränke, indem er

daran festhält, daß der tägliche Genuß auch nur **geringer** Mengen geistiger Getränke auf **jeden,** nicht **ganz** starken Organismus schädlich einwirkt.

Wie auch der Alkohol überhaupt in jeder Flüssigkeit an sich genau gleich schädlich wirkt, gleichgültig, ob es sich um Bier, Branntwein oder sonst ein geistiges Getränk handelt.

Der **tägliche gewohnheitsmäßige** Alkoholgenuß ist dasjenige, wovor ich auf das Dringendste warnen muß.

Wer ist interessiert an der Alkoholfrage?

Ja, da kann man nur antworten, es gibt kaum einen einzelnen, noch eine Familie, noch eine weitere Interessengruppe, die nicht von der Alkoholfrage mehr oder weniger berührt würde.

Vor allem die Frauen, deren Mitwirkung im Kampfe gegen den Alkoholmißbrauch höchst notwendig, aber auch sicher von größtem Erfolge sein wird.

Wer die Frauen auf seiner Seite hat, der hat den Einfluß: nicht nur in moralischer, sondern auch in sozialer Beziehung.

Darum müssen vor allem die Frauen gewonnen werden.

Auch Kirche, Schule und Staat sind an der Alkoholfrage wesentlich interessiert.

Die Kirche deshalb, weil religiöses Leben und kirchliche Gesinnung durch nichts mehr gefährdet; ein christliches Familienleben und die guten Sitten durch nichts mehr der Zerstörung ausgesetzt sind, als durch den Alkoholmißbrauch.

Die Schule ist interessiert, weil es zu ihren Pflichten gehört, die heranwachsende Jugend über

die wichtigsten Schädlichkeiten zu unterrichten, welche das menschliche Leben bedrohen.

Der Hauptinteressent aber an der Alkoholfrage ist der Staat. Dieser ist beteiligt nicht allein wegen seiner allgemeinen Aufgaben auf dem Gebiete der Kultur, sondern auch wegen der ihm obliegenden Gesundheitspflege, wegen der Kosten der Strafrechtspflege und der Lasten der Strafanstalten aller Art.

Weiterhin müssen als in eigenstem Interesse an der Alkoholfrage beteiligt gelten die sozialen Versicherungsverbände der Neuzeit; die öffentlichen Krankenkassen, diese, weil der Alkoholgenuß, wie wir oben gesehen haben, die Gesamtwiderstandsfähigkeit des Körpers herabsetzt, denselben also leichter krank werden läßt, weil der Alkoholmißbrauch die Dauer fast jeder Krankheit verlängert und in beiden Beziehungen ungünstig auf den Ausgabeetat dieser Kassen einwirkt; bei den Krankenkassen sind alle stärkeren Trinker die Schmarotzer, während die mäßigen und enthaltsamen Mitglieder durch ihre Beiträge die Kosten für das Krankengeld der Trinker mitdecken müssen. Die Berufsgenossenschaften, sind ebenfalls interessiert, weil durch Unfall hervorgerufene Körperverletzungen unter dem Einflusse des Alkohols, wie wir oben sahen, nicht nur viel länger als gewöhnlich zu ihrer Heilung gebrauchen, sondern auch durch die Trübung klaren Denkens und Überlegens, sowie durch die Unsicherheit im Gebrauch der Glieder, Unfälle weit leichter herbeigeführt werden.

Es ist einleuchtend, daß durch diese Umstände die Genossenschaftslasten eine ganz gewaltige Steigerung erfahren, deren Verhinderung durch eine planmäßige Bekämpfung der Alkoholsucht alle Berufsgenossenschaften erstreben sollten.

In ähnlicher Lage sind die Alters- und Invaliditäts-Anstalten, deren Lasten ebenso durch den eine frühe Invalidität herbeiführenden Mißbrauch des Alkohols nicht unerheblich gesteigert werden.

Organisationen zur Bekämpfung des Alkoholismus.

Hier ist zuerst zu nennen der Deutsche Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke mit dem Sitze in Berlin. Derselbe hat die Aufgabe, dem genannten Mißbrauche mit allen zu Gebote stehenden Mitteln und zwar sowohl in aufklärender und vorbeugender Weise, wie im Kampfe gegen das bereits zu Tage getretene Übel zu steuern.

Dieser Verein sucht das zunächst Erreichbare zu erstreben. Er zählt gegenwärtig — 1903 — etwa 16000 Mitglieder.

Andere Vereine von größerer Bedeutung sind das katholische Kreuzbündnis, das evangelische blaue Kreuz und der Guttempler-Orden. Das blaue Kreuz zählt heute in Deutschland etwa 10000 Mitglieder, der internationale Guttempler-Orden 16000. Beide fordern von ihren Mitgliedern das Versprechen völliger Enthaltsamkeit von Alkohol. Ferner der Bund der Alkoholgegner, der ebenfalls international ist und volle Enthaltung verlangt, der deutsche Bund abstinenter Frauen, Kaufleute, Ärzte, Lehrer, Arbeiter, Studenten, Schüler. Der Guttempler-Orden zählt auf der ganzen Welt zusammen über 600000 Mitglieder; er nimmt Angehörige jeden Bekenntnisses auf, verlangt aber die Betätigung einer christlichen Gesinnung.

Allen diesen Gesellschaften muß man ein bestes weiteres Gedeihen wünschen, da sie im Grundsatz und im Ziele einig sind, in der Überzeugung, daß

der Alkoholmißbrauch einer der gefährlichsten Volksfeinde ist; in dem Ziele, dem Alkoholmißbrauch möglichst viel Abbruch zu tun.

Und weil sie in der Überzeugung und im Ziele, also in den wesentlichsten Punkten einig sind, und doch eigentlich alle schon heute an demselben Strange ziehen, so wird hoffentlich auch einmal die Zeit kommen, wo sie ganz vereint und gemeinsam arbeiten werden zur Befreiung unseres geliebten deutschen Volkes von dem Banne und dem Joche des Alkohols.

Nach diesen Ausführungen glaube ich zuversichtlich, daß es allmählich gelingen muß, dem Alkoholmißbrauch zu den schon vorhandenen noch recht viele neue Feinde zu gewinnen. Denn erfahrungsmäßig tritt fast jeder, der erst einigemale gründlich über die Gefahren des Alkohols nachgedacht hat, — auf die Seite der Alkoholgegner. Namentlich wird eine eingehende Beschäftigung mit den Wirkungen des Alkohols auf den Körper wohl ziemlich sicher bei jedem insoweit seine Wirkung tun, daß er die Größe seines regelmäßigen Bier- oder Weintrunkes nach der neugewonnenen Belehrung einrichtet. Und damit wäre ja der Hauptzweck dieses Büchleins voll erreicht.

Belehrungskarte Nr. 3
des Rheinischen Verbandes gegen den Missbrauch geistiger Getränke.
Sitz in Cöln. Vorrätig daselbst.

Hygienische Bedenken
gegen den
täglichen Genuss
alkoholischer Getränke.

1. Alkohol verringert die allgemeine Widerstandskraft des Körpers gegen sonstige Erkrankungen aller Art.
2. Alkohol trübt die Klarheit des Verstandes und lähmt die Willenskraft.
3. Alkohol bildet einen Hauptentstehungsgrund der Zeitkrankheit, der allgemeinen Nervosität.
4. Alkohol verlängert die Dauer jeder Krankheit und erschwert die Heilung nach körperlichen Verletzungen jeder Art.
5. Schon die mechanische Verarbeitung grösserer Mengen alkoholhaltiger Flüssigkeit reizt, entzündet, schwächt direkt den Magen und die übrigen Verdauungsorgane.
6. Andauernder Alkoholgenuss verursacht die meisten chronischen Magen- u. Darmkatarrhe; er
7. ruft schmerzhafte Stein- und Nierenerkrankungen, sowie hartnäckige, im weiteren Verlauf meist unheilbare Leberleiden hervor.
8. Herzleiden vielerlei Art müssen auf den regelmässigen Alkoholgenuss zurückgeführt werden.
9. Alkohol ist als Hauptursache der Gicht, des sog. Zipperleins und der damit verbundenen heftigen Schmerzen anzusehen.
10. Alkohol bereitet insbesondere den Boden für die Schwindsucht vor.

Heinrich Quensel.

Gemeinsame Ortskrankenkasse des Kreises Stolzenau.

Gemeinde Rehburg .... Nr. .... des Krankenbuches.

Krankenschein.

Klasse II

Das Kassenmitglied Heinrich Ahrens hat sich am heutigen Tage krank gemeldet. Er wird Herrn Dr. med. Behrens zur Behandlung überwiesen.

Rehburg, den 7. Novemb. 1913

Der Ortserheber

E. Schröder

D .... obenbezeichnete .... leidet an ....

.... und war vom .... bis .... arbeits- und erwerbsunfähig und somit Krankengeld bezugsberechtigt.

Der Kranke darf nur vormittags von bis Uhr und nachmittags von bis Uhr sich außerhalb des Hauses bewegen.

............, den 19

Der Kassenarzt

An Krankengeld habe ich für .... Tage á Tag ...... Pfg. = ... Mk. ...... Pfg. erhalten.

............, den 19

Kauffmann Stolzenau

Zur Bibliothek!

Preis 25 Pfennig.

30 Heller
für Oesterreich-Ungarn.

Schutz vor Seuchen

Was jedermann über die wichtigsten gemeingefährlichen Volkskrankheiten (Kriegsseuchen) wissen muß!

Ursache — Erkennung — Vorbeugung — Ausbreitung — Abwehr
Verhaltungsmaßregeln — Verlauf — Pflege und Behandlung
bei

Cholera — Typhus — Ruhr — Pocken Flecktyphus

Fünf gemeinverständliche Abhandlungen über die Infektionskrankheiten und ihre Bekämpfung

von

Dr. med. Christian

Sonderheft der Deutschen Krankenpflege-Zeitung.

Die „Deutsche Krankenpflege-Zeitung" wird herausgegeben unter Mitwirkung von Wirkl. Geh. Ober-Medizinalrat Prof. Dr. E. **Dietrich** in Berlin, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. A. **Goldscheider**, Direktor der Universitäts-Poliklinik für innere Krankheiten in Berlin, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. **Heubner** in Berlin, Dr. med. Paul **Jacobsohn** in Berlin, Dr. med. et jur. **Kirchberg** in Berlin, Geh. Medizinalrat Dr. **Krohne**, vortr. Rat und Referent für Krankenpflege im Ministerium des Innern in Berlin, Prof. Dr. **Lazarus** in Berlin, Oberstabsarzt Geh. San.-Rat Prof. Dr. George **Meyer** in Berlin, Generaloberarzt Prof. Dr. **Salzwedel** in Berlin, Dr. **W. Sternberg** in Berlin, Spezialarzt für Zucker und Verdauungs-Kranke, Dr. **Wirsing**, dirig. Arzt am kath. St. Hedwigs-Krankenhause in Berlin, Prof. D. Dr. **Zimmer** in Zehlendorf

von

Prof. Dr. med. **August Hildebrandt,**
Direktor des Krankenhauses Auguste Viktoria-Heim zu Eberswalde.

Dieses Sonderheft wurde vom Kaiserl. Reichsmarineamt in Berlin und vom k. k. O.-Oesterreichischen Landesschulamt empfohlen, auch wurde es vom Königl. Preuß. Ministerium der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten sowie von den Staatsministerien der Großherzogtümer Baden und Oldenburg und des Herzogtums S. Koburg-Gotha in größeren Posten bezogen. Die billige Aufklärungsschrift eignet sich nicht nur zur Massenverbreitung im Publikum, sondern auch zur Verteilung an die Beamten der Polizei-Verwaltungen, sonstiger Behörden, der Lazarette, Wohlfahrtsinstitutionen, der großindustriellen Betriebe sowie an die Lehrkräfte und älteren Schüler aller Unterrichtsanstalten.

Verlag: Elwin Staude, Verlagsbuchhandlung (Inh. Erich Staude),
Berlin W. 35, Steglitzerstraße 11.

Deutsche Krankenpflege-Zeitung.
Sonderheft 1914. Nachdruck verboten.

Schutz vor Seuchen.

Fünf Abhandlungen über die Infektionskrankheiten und ihre Bekämpfung.
Von Dr. med. Christian.

Cholera

(Aus Jahrgang XV, Heft 15.)

Die Cholera ist diejenige Seuche, an der sich der Wert der bakteriologischen Forschung und die Segnungen der modernen Seuchenbekämpfung bisher am glänzendsten gezeigt haben. Früher überzog die Krankheit die ganze Erde in gewaltigen Seuchenzügen und raffte Millionen von blühenden Menschenleben dahin, jetzt hat sie ihre Schrecken fast ganz verloren. Die asiatische Cholera ist, wie ihr Name besagt, in Asien heimisch, und zwar zeigt sich, daß der Herd; von dem sie bei ihren Ausbrüchen stets ausgegangen ist, im Gangesdelta in Indien zu suchen ist. In Indien und den angrenzenden Gebieten Asiens scheint sie schon in den früheren Jahrhunderten häufig gewütet zu haben. In Europa hat man sie erst im Beginn des 19. Jahrhunderts kennen gelernt. Im Jahre 1817 langte sie, vom Gangesdelta über Arabien und über das asiatische Rußland kommend und den Verkehrswegen zu Wasser und zu Lande folgend, in Europa an. Hier herrschte sie eine Zeitlang unter zahllosen Todesopfern und verschwand schließlich, um nach einer Reihe von Jahren auf demselben Wege wieder zu kommen. Fünf große Seuchenzüge folgten einander und zogen im Verlauf von wenigen Jahrzehnten über die ganze Erde. Der letzte von diesen erreichte Deutschland im Jahre 1892, wo der gewaltige Ausbruch der Cholera in Hamburg erfolgte. 1894 verschwand sie und tauchte erst 1904 wieder an der persischen Grenze des russischen Reiches auf. Im August 1905 traten ganz unerwartet die ersten Cholerafälle an der Weichsel im Deutschen Reiche auf. Aber diesmal gelang es der Seuche nicht, Boden zu fassen, sie erlosch nach einigen Wochen wieder, nachdem sie eine nur geringe Ausbreitung erfahren hatte. 1908 erfolgte ein ziemlich heftiger Ausbruch in Petersburg, von dort ging auch eine ganz kleine Epidemie in Ostpreußen im Jahre 1909 aus, seitdem hält sich die Cholera nur in geringer Ausdehnung in einigen Teilen des russischen Reiches. Da außerdem die Cholera fast immer in Indien, Persien, in der asiatischen Türkei und Aegypten herrscht, so besteht für alle an den großen Verkehrsstraßen liegenden Ortschaften stets die Gefahr der Choleraeinschleppung. Namentlich die Hafenstädte sind gefährdet, und die internationalen Seuchennachrichten zeigen sehr häufig die Feststellung von Choleraerkrankungen in Hafenplätzen an. In diesem Jahre ist die Cholera kurz vor dem Kriegsausbruch aus einigen Gebieten an der Wolga gemeldet worden; sicherlich aber sind schon vor dem Kriege zahlreiche Nachrichten zurückgehalten worden.

Die Choleraerkrankung ruft wegen der Heftigkeit ihres Auftretens und wegen der oft unheimlichen Schnelligkeit des tödlichen Ausganges unter der Bevölkerung meist große Bestürzung hervor. Leute, die eben noch vollkommen gesund waren, brechen plötzlich auf der Straße zusammen, werden im elendsten Zustand nach Hause geschafft und sterben oft nach wenigen Stunden. Meist erkranken auch nach wenigen Stunden bereits Personen aus der Umgebung, um ebenso schnell dem Tode zu verfallen. Tritt die Seuche sehr heftig auf, so sterben 60 bis 80% der Erkrankten. Beim Nachlassen der Epidemie wird die Sterblichkeit geringer. Das Krankheitsbild der Cholera ist ganz charakteristisch. Fast ohne jede Vorerscheinung tritt die Krankheit mit einem großen Mattigkeits-

gefühl und Erbrechen auf, gleich darauf setzen die heftigsten Durchfälle ein, deren Zahl gewöhnlich bis 40 am Tage beträgt, und nach wenigen Minuten zeigt sich ein außerordentlicher Verfall des Erkrankten. Die Wangen fallen ein, die blau umschatteten Augen sinken weit in die Höhlen zurück, Nase und Lippen werden bläulich, die Haut wird kühl und bleibt beim Aufheben in Falten stehen, in den Muskeln treten Zuckungen und Krämpfe auf. Namentlich Wadenkrämpfe gelten als ganz charakteristisch. Mitunter erfolgt der Tod im allerersten Stadium, ehe es noch zu Durchfällen gekommen ist. In diesen Fällen hat man es mit einer besonders starken Giftwirkung der Choleraerreger zu tun. In anderen Fällen erliegt der Körper am zweiten oder dritten Tage mehr der ungeheuren Schwächung durch die Durchfälle. Diese entziehen dem Körper den größten Teil des Wassers und tragen so die Hauptschuld an dem so ungemein raschen Verfall des Körpers sowie den Muskelkrämpfen. Geht ein Fall in Genesung über, so lassen nach einigen Tagen die Durchfälle nach, und der Körper erholt sich verhältnismäßig rasch wieder. Die Körperwärme ist während der Erkrankung bisweilen erhöht, meist aber unter die Norm herabgesetzt.

Der eigentliche Sitz der Choleraerkrankung ist der Dünndarm. Die Dünndarmschleimhaut wird in ihrer ganzen Ausdehnung ziemlich plötzlich von dem Choleraerreger infiziert, gerät in einen Zustand der entzündlichen Schwellung und wird meistens in großen Fetzen abgestoßen, so daß das darunter liegende Gewebe unter flächenhaften Blutungen zu Tage tritt. Der ganze Darm sieht nun dunkel gerötet aus, sein Inhalt ist dünnflüssig und ähnelt dem Reiswasser, wenn er nicht durch stärkere Blutungen rötlich gefärbt ist. Dauert der Krankheitsprozeß länger, ohne daß Tod oder Genesung eintritt, so bilden sich im Darm hier und da große schwärzlich verfärbte Stellen, an denen die Schleimhaut und das darunter liegende Gewebe gänzlich zu Grunde gegangen ist. Jedoch auch diese Fälle können noch vollkommen ausheilen. Die krankhaften Veränderungen bei der Cholera beschränken sich fast immer auf den Darm. Die übrigen Organe des Körpers werden direkt von dem Choleraerreger nicht infiziert, sie leiden nur indirekt durch die ungeheuere Wasserentziehung und mitunter durch die Giftwirkung, die meist dem Tode vorangeht. Die Stühle zeigen fast stets das charakteristische Aussehen, nämlich das des Reiswassers.

Der Choleraerreger wurde 1883 von Robert Koch in Aegypten entdeckt, und zwar in Gestalt eines kleinen, kommaförmig gekrümmten Stäbchens, des sog. Choleravibrion. Es findet sich meist in ungeheueren Mengen in den Reiswasserstühlen und in der erkrankten Darmschleimhaut, niemals aber im Blut und in den inneren Organen. Der Cholerabazillus besitzt eine endständige Geißel, mit deren Hilfe er sich so schnell vorwärts zu bewegen vermag, daß seine Reinkultur in Bouillon unter dem Mikroskop einem in der Abendsonne spielenden Mückenschwarm ähnelt. Er wächst ausgezeichnet auf künstlichen Nährböden und vermehrt sich besonders in Peptonwasser bei Körpertemperaturen so rasch, daß er alle übrigen Bakterienarten weit hinter sich läßt. Der bakteriologische Nachweis ist daher meist sehr leicht.

Die Cholerabazillen sind nicht auf das Schmarotzertum angewiesen. Sie können sich bei genügender Temperatur, etwa 18 Grad, auch außerhalb des Körpers im Wasser vermehren. Im Wasser, namentlich wenn es schlammig ist, können sie auch unterhalb dieser Temperatur, ja selbst im Eise mehrere Monate lebensfähig bleiben, im übrigen aber sind sie sehr wenig widerstandsfähig. Gegen Eintrocknung, Wärme, und selbst schwache Desinfektionsmittel sind sie außerordentlich empfindlich. Es ist daher kein Zufall, daß die Cholera fast ausschließlich an Meeres-, Seen- und Flußufern auftaucht. Freilich breitet sich die Seuche von den Uferortschaften auch landeinwärts aus, aber es ist dann stets eine fortlaufende Kette von Ansteckungen. Wenn aber die Seuche einmal verschwunden war, so taucht sie stets aus dem Wasser wieder auf. Die Choleraansteckung ist die typische Trinkwasserinfektion. Im Jahre 1892

wurde in den Hamburger Hafen eine Anzahl von Cholerafällen eingeschleppt, durch deren Abgänge das Wasser des Hafens mit Cholerabazillen infiziert wurde. Während der heißen Jahreszeit hatten diese Gelegenheit, sich im Wasser zu vermehren und gelangten auch in die Elbe oberhalb des Hafens an eine Stelle, an der das Trinkwasser der Hamburger Wasserleitung entnommen wurde. Sowie die Wasserleitung mit Cholera infiziert war, erfolgte explosionsartig der Ausbruch der Cholera in allen Stadtteilen fast zu gleicher Zeit, während Altona, das über eine Wasserleitung mit guten Filtrieranlagen verfügte, nur eine verhältnismäßig geringe Anzahl von aus der Nachbarstadt eingeschleppten Cholerafällen aufwies. Der Choleraausbruch von Petersburg von 1908 war gleichfalls auf die Verschmutzung und Verseuchung eines Teiles des Wasserleitungsnetzes in derselben Weise wie in Hamburg zurückzuführen. Die ersten Fälle von 1905 in Deutschland wurden bei Weichselschiffern festgestellt, bei denen die Gewohnheit herrscht, rohes Flußwasser zu trinken. Fast in allen Fällen tritt die Cholera zuerst in der heißesten Jahreszeit auf. Es mag dies daran liegen, daß zu dieser Zeit die Vibrionen sich im Wasser vermehren können, z. T. auch daran, daß im Sommer die Menschen beim Baden oder aus Durst rohes Fluß- oder Seewasser schlucken. Vereinzelt werden jedoch auch Choleraepidemien, die durch Trinkwasser hervorgerufen sind, während des Winters beobachtet. Natürlich kommen neben der Trinkwasserinfektion auch solche Ansteckungen vor, die den Charakter von Kontaktinfektionen zeigen. Krankenpfleger und Aerzte oder Personen aus der Umgebung der Kranken werden nicht selten angesteckt, und zwar dadurch, daß die mit den Stühlen ausgeschiedenen Krankheitserreger direkt oder auf Umwegen (s. Kap. Typhus) an die Hände der Umgebung oder auf Nahrungsmittel und somit in den Verdauungskanal anderer Menschen gelangen. Die Kontaktinfektionen breiten sich jedoch nur ganz allmählich und gewissermaßen mit kleinen Schritten aus. Nimmt die Cholera sehr rasch eine große Verbreitung oder springt sie über größere Gebiete, so ist stets eine Verseuchung des des Wassers daran schuld.

In den Körper gelangt der Cholerabazillus in erster Linie mit dem Trinkwasser, in zweiter Linie mit den Nahrungsmitteln, die flüssig oder doch wenigstens feucht sind. Nicht jede Einverleibung des Cholerakeimes führt jedoch zu einer Erkrankung. In vielen Fällen werden die eingeführten Bazillen schon durch die Säure des Magensaftes abgetötet. In anderen Fällen gelangen sie bis in den Darm, finden aber auch hier infolge der Widerstandsfähigkeit der Darmschleimhaut keine Gelegenheit, Krankheitserscheinungen auszulösen. Der Ausbruch der Krankheit ist daher besonders häufig an eine Gelegenheitsursache geknüpft, die in einem Diätfehler oder einer sonstigen Störung der normalen Darmtätigkeit besteht. Vorbedingung ist selbstverständlich, daß zur Zeit der Darmstörung lebende Cholerabazillen im Darm vorhanden sind. Die Abhängigkeit der Choleraerkrankung von Gelegenheitsursachen tritt besonders bei geringeren Epidemien oder bei Abklingen der Seuche hervor, während zur Zeit heftiger Seuchenausbrüche die Opfer wahllos zu fallen pflegen.

Auch bei der Cholera gibt es Dauerausscheider und gesunde Keimträger. Es scheint, daß die Cholerabazillen unter Umständen sich an einigen Stellen des Darmes lebend erhalten und vermehren können, ohne eine ausgedehnte Schleimhauterkrankung hervorzurufen. Im großen und ganzen jedoch pflegt bei diesen Personen die Bazillenabsonderung nicht eine so massenhafte zu sein wie bei den Kranken und auch nach einigen Tagen oder doch spätestens Wochen aufzuhören. Ob in der Umgebung Kranker sich viele oder wenige gesunde Keimträger vorfinden, darüber sind genaue Untersuchungen wegen der Seltenheit der Choleraepidemien in den letzten Jahren noch nicht möglich gewesen, doch scheint es immerhin, als ob sie nicht allzu selten wären. Die Gefahr, die von den gesunden Keimträgern ausgeht, ist nicht zu unterschätzen. Diese Personen wissen meist nichts von der Gefährlichkeit ihrer Ausscheidungen und vermögen den Choleraкeim bei der Schnelligkeit der heutigen Verkehrsmittel durch

Eisenbahn oder Dampfschiff über hunderte von Kilometern zu verschleppen, was sonst nur durch die Strömung eines Flußlaufes möglich ist.

Die Behandlung ist bei der Cholera im allgemeinen ziemlich machtlos. Durch Kräftigungsmittel und Einspritzungen von physiologischer Kochsalzlösung gelingt es zwar häufig, das Eintreten der tödlichen Herzschwäche hinauszuschieben und den allzu starken Wasserverlust durch die Durchfälle etwas auszugleichen, aber die Sterblichkeit wird hierdurch doch nur um wenige Prozente herabgedrückt. Die Behandlung mit Serum, das Versuchstieren, welche mit Cholerakulturen vorbehandelt sind, entnommen wird, ist fast ganz wirkungslos, auch wenn man sehr große Dosen anwendet. Eine Schutzimpfung (aktive Immunisierung) mit abgetöteten Cholerakulturen oder Präparaten von solchen ist bereits vielfach versucht worden und hat auch den Erfolg gehabt, daß derartig Behandelte seltener oder mit leichteren Erscheinungen erkrankten als Unbehandelte. Für die Teilnehmer am gegenwärtigen Krieg ist eine derartige Schutzimpfung vorbereitet, sie ist gänzlich harmlos und verursacht nur sehr geringe Beschwerden während einiger Stunden. Bei der Furchtbarkeit der Choleraerkrankungen kommt es vor allem darauf an, den Cholerakeim von der Bevölkerung fernzuhalten. Der Plan der Cholerabekämpfung geht zunächst von der Tatsache aus, daß in normalen Zeiten lebende Cholerabazillen sich im Gebiet des Staates nicht vorfinden. Die Hauptaufgabe der Bekämpfung ist es also, den Cholerakeim am Ueberschreiten der Grenze zu hindern. Besondere Maßregeln hierzu sind natürlich nur nötig, wenn auch den Nachbarstaaten das Auftreten von Choleraerkrankungen bekannt wird. In diesem Falle tritt nach den Vorschriften des Deutschen Bundesrats eine Grenzüberwachung an den Verkehrsstraßen in Kraft. Alle Reisenden auf Landstraßen und Eisenbahnen werden durch Aerzte auf etwaige Krankheit geprüft und gegebenenfalls sofort in Isolierbaracken untergebracht, die von Erkrankten benutzten Wagen zwecks gründlicher Desinfektion dem Verkehr entzogen. Zu gleicher Zeit werden auch solche Personen, die krankheitsverdächtig, und solche, die ansteckungsverdächtig sind, in besonderen Baracken auf die Dauer von höchstens 5 Tagen isoliert. Besondere Sorgfalt widmet man dem Schiffahrtsverkehr. Auf den Flüssen und Strömen werden alle die Grenze passierenden Flöße, Kähne und Schiffe angehalten, sämtliche auf ihnen befindlichen Personen auf ihren Gesundheitszustand untersucht und Erkrankte sowie Tote entfernt. Jedes Fahrzeug muß amtlich geliefertes einwandfreies Trinkwasser an Bord führen. In den Seehäfen ist der Gesundheitsdienst ein für allemal geregelt, weil die Schiffe auf ihren weiten Reisen die Gelegenheit haben, viele Krankheitskeime aufzunehmen. Kein Schiff darf Passagiere oder Mannschaften an Land setzen oder Ladung löschen, ehe der Hafenarzt festgestellt hat, ob es seuchenfrei ist. Wird von dem Hafenarzt das Vorhandensein von Cholera an Bord konstatiert, so wird das Schiff in Quarantäne gelegt, d. h. die an Bord befindlichen Personen werden fünf Tage lang auf den Ausbruch von Choleraerscheinungen beobachtet und erst an Land wieder entlassen, wenn keine Gefahr der Choleraverschleppung mehr besteht. Ist die Choleragefahr sehr nahe gerückt oder die Seuche bereits ins Land eingebrochen, so wird die Bekämpfung mit einem großen Aufgebot an Geld und Arbeitskräften aufgenommen. Die Ueberwachung der Grenzen wird verschärft. An den Flüssen und anderen Verkehrswegen werden ärztliche Ueberwachungsstellen verteilt. Alle Kranken, Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen werden isoliert. Stuhlproben von diesen, sowie von Gesunden aus der Umgebung Kranker werden zur bakteriologischen Untersuchung auf Cholerabazillen an besondere Laboratorien eingeschickt, im Bedarfsfalle werden Schulen geschlossen, Märkte und Versammlungen verboten, sowie manche Verkehrsbeschränkungen, zum Beispiel Verbot der Flußschiffahrt während der Nacht, angeordnet. Weiter wird für Aufklärung der Volksmasse über Wesen und Verhütung der Cholera, für die Beschaffung einwandfreien Trinkwassers, für Desinfektion der Abgänge, für schnelle und

gefahrlose Beerdigung der Leichen usw. gesorgt.

Die Organisation der Cholerabekämpfung im Deutschen Reich darf als mustergültig anerkannt werden. Sie hat, trotzdem sie die persönliche Freiheit nur in geringem Maße einschränkt, es verstanden, alle Choleraherde im Keime zu ersticken, und dadurch großes Unheil von der Bevölkerung abgehalten.

Der Typhus

(Aus Jahrgang XV, Heft 6.)

Unter dem Namen „Typhus" faßte man früher verschiedene Krankheiten zusammen, die wir jetzt als gänzlich verschiedene Infektionskrankheiten erkannt haben. Die schwere Benommenheit, die allen diesen Krankheiten gemeinsam ist, war das hervorstechende Kennzeichen, dem sich die übrigen Erscheinungen als scheinbar untergeordnete Begleitumstände zugesellten. Es läßt sich heute nicht mehr genau feststellen, um welche der in Betracht kommenden Krankheiten es sich in den Beschreibungen der älteren Geschichtsschreiber gehandelt hat, doch scheinen die heute unter dem Namen „Rückfallfieber" und „Fleckfieber" bekannten Infektionskrankheiten früher eine weit größere Rolle gespielt zu haben als jetzt. Als Typhus schlechthin wird zur Zeit nur der Unterleibstyphus bezeichnet. Er scheint schon seit Jahrhunderten bei fast allen Völkern endemisch zu herrschen, d. h., niemals gänzlich zu verschwinden. Gelegentlich hat er sich zu Epidemien gesteigert, die jedoch meist keinen allzu bedrohlichen Umfang angenommen haben. Nur im Felde stehende Heere haben häufig unter dem in heftigen Epidemien auftretenden Typhus zu leiden gehabt, wobei es dahingestellt bleiben muß, ob die früher als Hungertyphus bezeichnete Krankheit nicht auch zum Teil auf die beiden oben genannten Seuchen zu beziehen ist. Sicher ist, daß auch jetzt noch der Unterleibstyphus ein fast unvermeidlicher, gefürchteter Gast der im Feldzug befindlichen Heere ist. Es sei hier daran erinnert, daß der Typhus sowohl bei den deutschen Truppen in Südwestafrika, als auch bei den Russen und Japanern im mandschurischen Kriege zahlreiche Opfer gefordert hat. Infolge der modernen hygienischen Maßnahmen sind allerdings diese Opfer im Vergleich mit früheren Zeiten sehr gering geworden.

Der Unterleibstyphus ist eine Infektionskrankheit, deren Eintrittspforte und Hauptsitz im Darmkanal lokalisiert ist. Die Typhuserreger dringen zuerst in die Lymphknötchen der Dünndarmschleimhaut und bringen diese zu Schwellung und geschwürigem Zerfall. Nicht alle Lymphknötchen erkranken, aber am Ende des Dünndarms häufen sich die Typhusgeschwüre. Der Dickdarm ist nur selten befallen. Von den Dünndarmgeschwüren aus gelangen die Typhuserreger regelmäßig in die Blutbahn, und man kann sie schon im Beginn der Erkrankung mit geeigneten Methoden fast regelmäßig im kreisenden Blut nachweisen. Von dem Blute werden die Typhuserreger an einigen umschriebenen Stellen der Haut abgelagert, wo sie in der zweiten Krankheitswoche die kleinen roten, „Roseola" genannten Flecken hervorrufen. Im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen die schweren Allgemeinerscheinungen. Die Inkubationszeit ist eine ziemlich lange und beträgt im Durchschnitt 20 Tage. Dem eigentlichen Ausbruch der Krankheit gehen einige Tage lang Mattigkeit und Kopfschmerzen voran. Dann stellt sich Fieber ein, das allmählich im Verlauf von 5 bis 6 Tagen auf 40 Grad und mehr steigt. In dieser Zeit nehmen das Krankheitsgefühl, die Kopfschmerzen und die Eingenommenheit des Kopfes zu. Sind diese Allgemeinerscheinungen bis zur Höhe gediehen, so bleiben sie in der gleichen Höhe etwa zwei Wochen bestehen. Die Körperwärme beträgt dauernd etwa 40 Grad, der Appetit fehlt gänzlich, und die Eingenommenheit des Kopfes geht zeitweilig in Benommenheit über. Verläuft die Krankheit normal, so gehen in der vierten Krankheitswoche die Erscheinungen unter allmählichem Nachlassen des Fiebers langsam wieder zurück. Von Seiten des

340108

Darmes zeigt sich im Beginn eine durch die Geschwürbildung verursachte Schmerzhaftigkeit, namentlich in der rechten unteren Bauchgegend, zugleich stellen sich meist Durchfälle mäßigen Grades ein. Die durchschnittlich etwa sechsmal täglich entleerten Stühle haben das charakteristische Aussehen des Erbsenbreies, es kommen jedoch auch Fälle mit hartnäckiger Verstopfung vor. Unter dem Einfluß der Infektion schwillt die Milz beträchtlich an, in der zweiten Krankheitswoche kommen und verschwinden die Roseolaflecken, häufig ist auch ein Bronchialkatarrh im Beginn der Erkrankung vorhanden. Die meisten Typhuserkrankungen gehen in Rekonvaleszenz über, die jedoch bis zur völligen Genesung mehrere Wochen in Anspruch nimmt. Die Todesfälle an Typhus erfolgen entweder im Höhestadium der Krankheit unter hohem Fieber, schwerer Benommenheit und allmählich sich einstellender Herzschwäche oder an Komplikationen. Die häufigste zum Tode führende Komplikation ist der Durchbruch eines Darmgeschwüres in der Bauchhöhle. Dadurch gelangt der Darminhalt in die freie Bauchhöhle und ruft hier die tödliche eitrige Bauchfellentzündung hervor. Durch ein fortschreitendes Darmgeschwür kann ferner auch ein größeres Blutgefäß des Bauches angefressen und eröffnet werden. Handelt es sich um ein stärkeres Blutgefäß, so kann dadurch der sofortige Tod durch Verblutung eintreten. Auch nach Beendigung der eigentlichen Krankheit können sich die Typhuserreger noch in einzelnen Organen ansiedeln, z. B. in der Gallenblase, und hier langwierige Eiterungen hervorrufen. Mitunter erfolgt dann noch im Rekonvaleszenzstadium der Tod durch Erschöpfung der Herzkraft. Auf seltenere Komplikationen soll hier nicht eingegangen werden.

Der Erreger des Unterleibstyphus ist ein schlankes Stäbchen mit abgerundeten Ecken von wechselnder Länge, das sich infolge seiner rings um den Körper angeordneten Geißeln etwa wie ein Fisch im Wasser vorwärts bewegt. Es läßt sich auf künstlichen Nährböden sehr gut züchten und entwickelt hier besondere chemische Eigenschaften, namentlich gegenüber gewissen Zuckerarten, die von den Bakteriologen zu ihrer Isolierung von anderen Bakterienarten benutzt werden. Dauerformen bildet der Typhusbazillus nicht. Er ist daher auch gegen die Einflüsse der Eintrocknung, des Sonnenlichts, der Wärme und chemischer Desinfektion nicht sehr widerstandsfähig. Von einer 70 Grad hohen Temperatur wird er in einer halben Stunde, in kochendem Wasser fast augenblicklich, durch 1%ige Karbollösung oder 1‰ige Sublimatlösung in einigen Minuten abgetötet.

Der Typhusbazillus ist nicht streng auf das Schmarotzertum angewiesen; er kann sich auch, die genügende Wärme (ca. 20 Grad Celsius) und das Vorhandensein von Nährstoff vorausgesetzt, auch außerhalb des menschlichen Körpers vermehren. Die angegebenen Bedingungen werden nicht selten in den Oberflächenwässern der Natur und in Nahrungsmitteln, vor allem Milch, gegeben sein. Aber auch bei niedrigerer Temperatur gehen die Typhusbazillen im Wasser oder in der Nahrung nicht zugrunde, sondern halten sich unter Umständen viele Monate lang. Im Dünndarm vermehren sie sich alsdann unter Erzeugung der beschriebenen Krankheitserscheinungen rasch und werden größtenteils mit dem Stuhl wieder ausgeschieden. In einem Fünftel der Fälle gelangen sie auch auf dem Blutwege in die Niere, vermehren sich dort in einzelnen Herden und erscheinen dann in ungeheuren Massen im Urin. Eine anderweitige Ausscheidung kommt nicht in Betracht. Von Stuhl und Urin aus verbreiten sich die Typhuskeime nun auf verschiedene Weise in der Umwelt. Zunächst kann es zu einer Infektion des Trinkwassers kommen; die Abgänge der kranken Menschen können direkt in einen Flußlauf oder Seebecken entleert werden, aus dem Trinkwasser geschöpft wird; die Abflüsse aus Aborten können in ungereinigtem Zustande oberoder unterirdisch den Oberflächenwässern zuströmen, oder der Senkgrubeninhalt fließt durch eine schlecht filtrierende Bodenschicht in einen Brunnen. Sind die Wasserleitungen größerer Gemeinden mit Typhusbazillen verschmutzt, so kommt es gelegentlich zu explosionsartigen Ausbrüchen

der Krankheit. In anderen Städten verschwindet der Typhus wie mit einem Schlage, wenn eine neue Wasserversorgung eingeführt wird.

Im Gegensatz zu der Trinkwasserinfektion, die fast immer mit vielen Erkrankungen zu gleicher Zeit einsetzt und bei Schließung der Ansteckungsquellen ziemlich plötzlich aufhört, zeigen die Kontaktinfektionen das Bild einer langsam sich ausbreitenden Infektionskrankheit. Auf einen oder wenige Fälle folgen nach Wochen wieder einige in der näheren oder ferneren Umgebung, und so zieht sich die Krankheit über Monate und Jahre hin, ohne jemals einen sehr heftigen Charakter anzunehmen. Unter Kontaktinfektion versteht man im Grunde die Ansteckung durch Berührung. Die tatsächliche Berührung mit einer kranken Person ist aber in den meisten Fällen nicht schuld an einer Infektion, vielmehr macht der Krankheitskeim gewöhnlich einen Umweg zu dem neuen Opfer. Von den menschlichen Ausscheidungen wird der Typhusbazillus häufig durch Versprühung von kleinen Tröpfchen umhergeschleudert, oder durch Fliegen oder andere Insekten verschleppt. Es ist dann in der Umgebung Typhuskranker ausgeschlossen, die Stellen ausfindig zu machen, an denen der Typhuskeim haftet. Der Keim kann durch jede Berührung an die Hand Gesunder und mit dieser in den Mund, auf Nahrungsmittel oder sonstige Gegenstände gelangen. Da der Typhusbazillus nicht allzu widerstandsfähig ist, so wird eine derartige Kontaktinfektion nicht zu den alltäglichen Dingen gehören. Trotzdem findet gewöhnlich eine so massenhafte Ausstreuung der Bazillen statt, daß es doch immer wieder zu derartigen Kontaktinfektionen kommt. Im übrigen ist die Kontaktinfektion da, wo Kranke sich einige Zeit unter vielen, dicht zusammen wohnenden Menschen aufhalten müssen, bedeutend häufiger. Das ist auch der Grund, warum der Typhus bei den im Felde stehenden Truppen meist epidemisch auftritt.

Seit man den Typhusbazillus und die Verhältnisse seiner Ausscheidung und Verbreitungsart kennt, hat man die entsprechenden Maßnahmen zur Bekämpfung dieser Krankheit ausgearbeitet. Diese bestehen in der Hauptsache darin, daß man die Kranken isoliert und ihre Ausscheidungen desinfiziert. Trotzdem hat aber die endemische Ausbreitung dieser Infektionskrankheit noch nicht merklich nachgelassen, und daran ist ein Umstand schuld, den man erst vor wenigen Jahren kennen gelernt hat. Man nahm früher an daß die Typhusbazillen nur während der Krankheit selbst abgesondert würden, es stellte sich aber heraus, daß die Keime in manchen Fällen noch wochen- und monatelang nach eingetretener Rekonvaleszenz, in vereinzelten Fällen sogar noch nach Jahren, regelmäßig im Stuhl und Harn erschienen. In diesen Fällen scheinen sich die Typhusbazillen an irgend einer abgelegeneren Stelle des Körpers, meist in der Gallenblase, festgesetzt und eine chronische Entzündung hervorgerufen zu haben. Das Allgemeinbefinden der sog. Dauerausscheider braucht nicht im mindesten gestört zu sein. Ferner werden in der Umgebung Typhuskranker Fälle beobachtet, bei denen Personen den Typhusbazillus in derselben Weise ausscheiden wie die Kranken, ohne aber Krankheitserscheinungen zu zeigen, die sog. gesunden Bazillenträger. Auch diese können sehr lange Zeit hindurch die Typhuskeime absondern. Es ist verständlich, daß diese subjektiv gesunden Leute, die man nicht isolieren kann, für die Weiterverbreitung des Typhus viel gefährlicher sind als die Kranken selbst. Gerade in neuester Zeit hat man mehrfach überzeugend nachgewiesen, daß Dauerausscheider oder Keimträger an einer Reihe von Infektionen schuld waren, und in manchen Fällen sogar als Küchen- und Wirtschaftsangestellte Massenerkrankungen verursacht haben.

Die Heilung beim Typhus erfolgt dadurch, daß die Typhusbazillen aus dem Blute verschwinden und die Darmgeschwüre sich schließen und vernarben. Damit ist dem weiteren Eindringen von Typhusbazillen in die Blutbahn ein Riegel vorgeschoben, und die Allgemeinerscheinungen treten zurück. Im allgemeinen vermögen sich auch die Krankheitskeime im Körper nicht mehr zu halten, sie gehen, soweit sie nicht schon ausgeschieden sind,

340110

restlos zugrunde, und damit kann der Fall als abgelaufen betrachtet werden. Wie bei allen Infektionskrankheiten, so liegt auch hier der eigentliche Grund für den Eintritt der Heilung in dem Anwachsen der im Körper sich infolge der Infektion bildenden spezifischen Schutzstoffe, der Selbstimmunisierung. Gerade beim Typhus besitzen wir ziemlich genaue Kenntnisse von dem Wesen der Immunität. Sie beruht in der Hauptsache auf Stoffen, die in der Körperflüssigkeit auftreten. Schon wenige Tage nach Beginn der Krankheitserscheinungen können wir in der Blutflüssigkeit einen Stoff nachweisen, der selbst in größeren Verdünnungen die Typhusbazillen aus einer Reinkultur fast augenblicklich in ihrer Bewegungsfähigkeit lähmt und sie zwingt, sich zu Klümpchen zusammenzuballen. Je weiter die Krankheit fortschreitet, um so wirksamer wird ein zweiter Stoff in der Blutflüssigkeit, der die Typhusbazillen in wenigen Minuten auflöst oder sie wenigstens abtötet. Namentlich der letztere Stoff ist es, dem die Überwindung der Infektion im Körper zugeschrieben wird. Die Körperflüssigkeit, die genügende Mengen solcher Stoffe mit sich führt, wird bei dem Durchströmen aller Körpergewebe diese vor weiteren Schädigungen durch den Typhusbazillus schützen und der normalen Heilung steht kein Hindernis mehr im Wege. In der Regel werden auch auf diese Weise die im Körper nach Eintritt der Rekonvaleszenz noch haftenden Bazillen abgetötet werden. Wie wir gesehen haben, gibt es jedoch eine Anzahl von Fällen, in denen der Typhusbazillus noch monatelang im Körper lebensfähig bleiben kann. Worauf diese Tatsache beruht, ist nicht immer mit Sicherheit zu entscheiden, doch scheint es sich meist um eine Ansiedelung der Bazillen in besonderen Schlupfwinkeln zu handeln, in denen die bakterientötende Kraft der Körperflüssigkeit auf irgend eine Weise aufgehoben wird. Die Gallenflüssigkeit z. B. hat diese Eigenschaft, und es ist darum leicht zu verstehen, daß die Typhusbazillen, die durch Zufall in die Gallenblase gelangt sind, dort lange am Leben bleiben können.

Die Versuche, das Blutserum von Typhusrekonvaleszenten oder das von Versuchstieren, die steigende Dosen von Typhusbazillenkulturen eingespritzt erhalten und infolgedessen große Mengen von Typhusimmunstoffen gebildet haben, zur Behandlung der Typhuserkrankungen zu verwenden, können als fehlgeschlagen betrachtet werden. Ermutigender sind die Versuche, die Typhuserkrankung durch aktive Immunisierung zu verhüten. Bei Truppenentsendungen in typhusverseuchte Gegenden und bei sonstigen Expeditionen, unter Umständen auch beim epidemischen Auftreten des Typhus, werden mit ihrer Einwilligung allen bedrohten Personen ein, zwei oder drei Gaben von abgetöteten Typhusbazillenkulturen unter die Haut gespritzt. Es treten darauf nur geringfügige Erscheinungen, Kopfschmerz oder leichtes Fieber ein. Der Körper immunisiert sich infolge des Anreizes durch die abgetöteten Typhusbazillen in derselben Weise wie bei den natürlichen Infektionen. Nach dreimaliger, in Abständen von 1 bis 2 Wochen wiederholter Injektion reicht der so verliehene Schutz gewöhnlich aus, um die betreffenden Personen vor jeder Typhusinfektion sicher zu stellen. Bei nur ein- oder zweimaliger Injektion treten unter Umständen noch Typhuserkrankungen ein, die aber fast durchweg leichter verlaufen als ohne Immunisierung. Im übrigen ist zu betonen, daß der Schutz erst nach etwa 3 bis 4 Wochen eintritt, da der Körper diese Zeit braucht, um die Immunstoffe in genügender Menge hervorzubringen. Neuerdings mehren sich die Berichte über günstige Erfahrungen mit der aktiven Immunisierung.

Bei der Behandlung der Typhuserkrankungen ist das erste Erfordernis, den Darm vor allen Reizungen sicher zu schützen. Die Ernährung darf daher nur flüssig sein und am besten nur aus Milch und leichten Suppen bestehen. Vor allen Dingen sind Gewürze, kohlensäurehaltige Getränke und gasbildende Speisen gänzlich zu vermeiden. Abführmittel sind unstatthaft, höchstens sind vorsichtige Darmspülungen erlaubt. Gegen die allzu hohen Temperaturen und die schwersten Allgemeinerscheinungen werden kühle Bäder von kurzer Dauer mit Erfolg angewandt. Meist schwindet die Benommenheit nach kurzer

Zeit und das Fieber geht merklich herunter. Nach eingetretener Rekonvaleszenz mit dem sich einstellenden charakteristischen, übermäßigen Hungergefühl darf nur ganz allmählich und vorsichtig mit gemischter Kost angefangen werden. Geschwürsdurchbruch in die Bauchhöhle und Darmblutungen können unter Umständen durch vollkommene Ruhelage und Eisblase aufgehalten werden, erfordern sonst aber ernstere chirurgische Eingriffe, die im übrigen fast stets vergeblich sind. Gegen die Dauerausscheidung von Typhusbazillen hat man bis jetzt noch kein sicheres Mittel gefunden, nur aus dem Urin verschwinden die Krankheitskeime meist nach innerlicher Darreichung von Urotropin.

Die Bekämpfung des Typhus als Volkskrankheit ist durch das gewöhnlich ziemlich zahlreiche Vorhandensein von gesunden Bazillenträgern in Typhusgegenden sehr erschwert. Die Ansteckungsquellen, die bei den wirklich Erkrankten zu suchen sind, werden durch die amtlichen Bekämpfungsmaßnahmen fast immer unschädlich gemacht; infolge der Einführung der Anzeigepflicht für Typhuserkrankungen wird die Sanitätspolizei in den Stand gesetzt, für zweckentsprechende Isolierung der Kranken, wenn möglich in Krankenhäusern, und für ausreichende Desinfektion der Abgänge, des Badewassers, der Bettwäsche und des Krankenzimmers zu sorgen. Die im allgemeinen mit großer Sorgfalt durchgeführten, so skizzierten Maßnahmen würden längst zu einer Verminderung der Typhuserkrankungsziffer geführt haben, wenn die Kranken allein als Ansteckungsquellen in Betracht kämen, aber die Dauerausscheider lassen sich nicht während der ganzen Dauer der Keimabsonderung im Krankenhaus oder in sonstiger Isolierung halten, und bei den gesunden Bazillenträgern ist das Vorhandensein der Typhuskeime in den Abgängen meist weder ihnen selbst, noch der Gesundheitsbehörde bekannt. Da die Abgänge sich zudem fast immer durchaus normal verhalten, so kann die Entdeckung solcher Ansteckungsquellen nur durch die bakteriologische Untersuchung erfolgen. Im Westen und Südwesten des Deutschen Reiches haben daher die Behörden eine größere Anzahl von bakteriologischen Laboratorien errichtet, in denen die Ausscheidungen von Typhuskranken, Rekonvaleszenten und Ansteckungsverdächtigen auf ihre Infektiosität untersucht werden. Die so ermittelten Keimträger können nun, über die von ihnen ausgehende Gefahr belehrt, zur Vorsicht und zur Desinfektion ihrer Abgänge angehalten und zur wiederholten Einsendung derselben zwecks bakteriologischer Untersuchung veranlaßt werden. Natürlich stoßen solche Anordnungen wegen der Unbequemlichkeiten für gesunde und arbeitende Menschen auf viele Widerstände, wodurch oft große Mühen und Anstrengungen von seiten der Gesundheitsbehörden illusorisch gemacht werden. Allmählich ist es aber doch gelungen, die Typhuserkrankungen in den endemischen Gebieten mehr und mehr einzudämmen. Freilich sind daran auch zu einem großen Teil die allgemein hygienischen Maßnahmen beteiligt: die Aufklärung der breiten Massen über das Wesen der Typhusinfektion und die Möglichkeit des Selbstschutzes durch Reinlichkeit und Beschaffung einwandfreien Trinkwassers und einwandfreier Nahrung (eventuell unter Sterilisierung), Anlage von Brunnen und anderen Trinkwasserversorgungen, die eine Verschmutzung ausschließen, Unschädlichmachung der Abwässer und Abflüsse, Reinhaltung und Desinfektion der öffentlichen Verkehrsmittel u. a. m. Für die im Felde stehenden oder auf Übungen befindlichen Truppen ist die Beschaffung von unschädlichem Trinkwasser das Haupterfordernis; da die Truppen natürlich mit jedem vorhandenen Wasser vorlieb nehmen müssen, so hat man Sterilisiervorrichtungen eingeführt. Das Wasser wird entweder durch Kieselgurfilter filtriert, oder bei den sog. fahrbaren Trinkwasserbereitern abgekocht und wieder abgekühlt.

Ruhr

(Aus Jahrgang XV, Heft 13.)

Unter dem Begriff Ruhr oder Dysenterie faßte man früher viele verschiedene Darmerkrankungen zusammen, jetzt versteht man darunter nur die entzündliche Erkrankung der Dickdarmschleimhaut, die ähnlich wie bei der Typhuserkrankung des Dünndarms unter Geschwürbildung einhergeht. Aber auch damit bezeichnet der Begriff Dysenterie noch keine einheitliche Erkrankung, sondern in der Hauptsache zwei Erkrankungsformen, die sich in den krankhaften Darmveränderungen nur wenig, in den Folgeerscheinungen und im epidemiologischen Verhalten hingegen sehr wesentlich unterscheiden. Die eine der beiden Krankheitsformen wird von Bazillen, die andere von Protozoen hervorgerufen.

Die Bazillenruhr tritt nach einem kurzen Vorstadium, das sich durch Uebelbefinden und Leibschmerzen bemerkbar macht, meist ziemlich plötzlich unter Erbrechen und Durchfällen auf. Das Fieber ist im allgemeinen nur mäßig. In den nächsten Tagen häufen sich die Stuhlgänge, die anfangs breiigen Stuhl, später aber nur geringfügige, mit Blut und Eiter vermischte Massen zu Tage fördern. Zugleich stellt sich ein fortwährender, sehr quälender Stuhldrang ein. Der anfangs etwas aufgetriebene Leib sinkt bald wieder ein und ist sehr druckempfindlich, der Appetit fehlt vollkommen, und die Kranken verfallen infolgedessen sehr schnell. Nach einigen Wochen können alle Erscheinungen vollkommen verschwinden, und es kann vollkommene Genesung eintreten. In einer Reihe von Fällen jedoch wird die Krankheit chronisch. Die Patienten erholen sich zwar bis zu einem gewissen Grade und verlieren den größten Teil ihrer Beschwerden, aber im Verlauf der nächsten Jahre treten bei jedem Diätfehler und bei jeder Erkältung die alten Erscheinungen mit mehr oder weniger großer Heftigkeit auf. Der Tod kann sowohl im akuten, wie auch im chronischen Stadium jederzeit erfolgen, und zwar wird er fast ausschließlich durch die große Körper- und Herzschwäche hervorgerufen, die im Verlauf heftiger Ruhrerscheinungen eintritt und vielleicht auf die Giftbildung der Dysenteriebazillen zurückzuführen ist.

Die Veränderungen der Ruhr im Dickdarm ähneln denjenigen des Typhus im Dünndarm außerordentlich: die Schleimhaut entzündet sich, die Lymphknötchen schwellen infolge des Eindringens der Ruhrbazillen und zerfallen je nach der Anordnung der Knötchen in kleinere oder größere Haufen zu Geschwüren von verschiedener Ausdehnung. Die Abstoßung von Schleimhautfetzen, die Absonderung von Eiter und Blutungen mäßigen Grades sind die gewöhnlichen Folgeerscheinungen der Geschwürbildung. Lebensgefährliche Blutungen und der Durchbruch eines Geschwürs in die Bauchhöhle sind außerordentlich selten. Die Krankheitserreger dringen auch im allgemeinen nicht in die Blutbahn ein und rufen daher auch nur ausnahmsweise eine Komplikation von seiten anderer Organe hervor.

Die Bazillen der Dysenterie unterscheiden sich schon unter dem Mikroskop dadurch von den Typhus-, Paratyphus- und Fleischvergiftungsbazillen, daß sie keine Geißeln besitzen und infolgedessen unbeweglich sind. Im übrigen haben sie aber die gleiche Gestalt. Bei ihrer Züchtung in Reinkulturen entwickeln sie durchaus charakteristische, chemische Eigenschaften, die es dem Bakteriologen leicht machen, sie zu erkennen. Da ihre Widerstandsfähigkeit ungefähr der der Typhusbazillen entspricht, so können sie sich der Eintrocknung, der Wärme und Desinfektionsmaßnahmen gegenüber nicht halten, vermögen aber im Wasser und in Nahrungsmitteln längere Zeit ihr Leben zu fristen und sich sogar zu vermehren.

Die Ruhrbazillen bilden, streng genommen, nicht eine einheitliche Art, sondern eine Gruppe von einander sehr nahe verwandter Arten. Das Aussehen, die Eigenschaften und die Fähigkeit, Krankheiten hervorzurufen, sind bei allen gleich. Nur unwesentliche, chemische Eigenschaften unterscheiden sie zum Teil voneinander. Das Ausschlaggebende bei ihrer Trennung in einzelne Arten ist die Tatsache, daß sie im

Menschen- oder Tierkörper verschiedene Immunitäten hervorrufen. Dies spielt zwar für die Bekämpfung der Dysenterie keine Rolle, wohl aber für den Bakteriologen, der mit Hilfe der mehrfach geschilderten Immunitätsreaktionen des Blutserums den Krankheitserreger erkennen soll. Im Laufe der Jahre hat man auf diese Weise schon eine große Reihe von verschiedenen Dysenterieerregern kennen gelernt, die sich fast ausschließlich durch ihre Immunitätserzeugung unterschieden. Im ganzen ist die Immunität bei der menschlichen Dysenterieerkrankung nicht so stark ausgebildet wie bei anderen akuten Infektionskrankheiten. Das geht schon daraus hervor, daß die Krankheit so häufig in die chronische Form übergeht, oder doch wenigstens Rückfälle nach sich zieht. Gewisse Schutzstoffe sind nach jeder Ruhrinfektion im Serum nachzuweisen, und das Zurückgehen der Krankheitserscheinungen ist zweifellos auf Schutzstoffe zurückzuführen; doch scheinen letztere nur selten in solcher Menge gebildet zu werden, daß sie eine vollkommene Heilung und einen langjährigen Schutz gegen die betreffende Bazillenart hervorrufen. Im übrigen würde sich dieser Schutz, wenn er einträte, nicht auch gegen die verschiedenen anderen Dysenteriebazillenarten richten.

Die Dysenterie ist über die ganze Erde verbreitet. In Europa und Amerika tritt sie gegen den Typhus als endemische Krankheit zurück. In vielen tropischen und in unkultivierten Ländern der gemäßigten Zone hingegen fordert sie stets sehr zahlreiche Opfer, namentlich in Afrika sowie in den südlichen und östlichen Teilen Asiens ist die Bazillenruhr sehr ausgebreitet. Sie erscheint in sehr vielen großen Gebieten festgenistet und tritt auch gelegentlich in Epidemien auf, und zwar namentlich dann, wenn größere Volks- oder Truppenmassen sich versammeln, oder wenn Trinkwasser bezw. Nahrungsmittel infiziert werden. Im großen und ganzen liegen die Verhältnisse ganz ähnlich wie beim Typhus. Daß die Bazillenruhr sich in Europa und in anderen Kulturländern nicht so stark ausbreitet wie letzterer, liegt wohl daran, daß die Ruhrbazillen nur mit dem Stuhl, nicht mit dem Urin ausgeschieden werden, und daß die gesunden Bazillenträger nicht so zahlreich vorkommen wie beim Unterleibstyphus. Die unkultivierten Länder mit ihrer fehlenden Abfallstoffbeseitigung, der mangelhaften Trinkwasserversorgung, müssen den Krankheitskeimen mehr Gelegenheit zur Ausbreitung bieten. Die Ansteckung mit Bazillenruhr erfolgt am häufigsten durch das Trinkwasser, seltener durch Nahrungsmittel, und führt dann zu Massenerkrankungen, oder durch Kontaktinfektionen und zeigt dann eine langsame Ausbreitung. Natürlich kann es durch Wasserinfektion auch zu vereinzelten Erkrankungen kommen, wenn das verseuchte Wasser, etwa eines Flußlaufs oder einer Wasserstelle auf einem Karawanenpfade, nur gelegentlich oder im Notfalle unsterilisiert genossen wird.

Im ganzen ist die Bazillenruhr als eine endemische Krankheit zu betrachten, deren Keim allerorten bereits im Lande ist und nicht erst von außen hereingeschleppt zu werden braucht. Da außerdem die Verbreitung und die Ansteckungsweise des Keimes der des Unterleibstyphus gleicht, so sind die Bekämpfungsmaßregeln dieselben wie die bei der letzteren Erkrankung. Um sie kurz zu wiederholen, so bestehen sie in möglichster Isolierung der Kranken und Ansteckungsverdächtigen, Desinfektion der infektiösen Stühle, Sorge für einwandfreies Trinkwasser und Nahrungsmittel, Belehrung der breiten Massen, persönliche und allgemeine Reinlichkeit usw.

Die von Protozoen hervorgerufene Ruhr besitzt in den gemäßigten Zonen keine endemische Ausbreitung, sondern kommt nur in eingeschleppten Fällen vor. In den tropischen Ländern dagegen ist sie neben der Bazillenruhr sehr ausgebreitet und wird deshalb auch oft als tropische Ruhr bezeichnet. Im klinischen Verhalten ist sie oft von der Bazillenruhr nicht zu unterscheiden. Es tritt derselbe quälende Stuhlgang unter mäßigem Fieber, verbunden mit sehr häufigen schmerzenden Stühlen auf, die gewöhnlich Blut und Eiter enthalten. Nur pflegt die tropische Ruhr im Anfang nicht so heftig einzusetzen, dafür aber um so länger anzuhalten. Die Erscheinungen steigern sich in einigen

Wochen immer mehr, um dann mitunter mit unheimlicher Raschheit abzuheilen und in Genesung überzugehen. Öfter aber geht die Krankheit in ein monatelanges Siechtum mit bald stärker, bald schwächer werdenden Erscheinungen über. In manchen Fällen zieht sich die Krankheit sogar über Jahre hin, in denen allerdings meist die Krankheitserscheinungen immer geringer werden. Trotzdem ist es das gewöhnliche, daß nach tropischen Ruhrinfektionen die Patienteu lange Zeit elend, abgemagert und mit Darmbeschwerden behaftet sind. Selten tritt der Tod im akuten Anfall ein, häufiger in späteren Stadien an der allgemeinen Erschöpfung, am häufigsten durch Komplikationen. Während die Bazillen im Dickdarm im allgemeinen nur lokale Veränderungen hervorrufen, zeigen die Erreger der tropischen Ruhr ein anderes Verhalten. Sie dringen tief in die Darmschleimhaut ein, unterminieren die Ränder der Geschwüre und bohren die kleineren Blutgefäße an. So gelangen sie in die Blutbahn und werden mit dem Blute fortgetragen; sie selbst würden aber im übrigen Körper nur geringen Schaden anrichten, wenn sie nicht die Bakterien des Darminhaltes nach sich zögen. Unter den im Darm ständig lebenden Bakterien gibt es viele Arten, die heftige Eiterungen hervorzurufen vermögen; diesen wird durch die zerstörende Tätigkeit der Ruhrprotozoen der Weg in die Blutbahn geöffnet, durch die sie zunächst in die Leber gelangen können. Die Folge davon ist die Bildung von Eiterherden in der Leber, eine Komplikation, die charakteristisch für die tropische Ruhr ist, und die gewöhnlich zum Tode führt.

Der gewöhnliche Erreger der tropischen Ruhr ist eine Amoebe. Die Amoeben sind jene Familie unter den Protozoen, die ein weiches zerfließliches Gebilde mit einem Kern in der Mitte darstellen, ihre Nahrung umfließen und so zur Verdauung in sich aufnehmen. Sie bewegen sich auf eigentümliche Weise fort. Sie lassen einen Teil ihres Körpers in Form eines Auswuchses hervorfließen, halten sich mit diesem fest und ziehen den übrigen Körper nach. Da während des Lebens der ganze Körper ständig in Bewegung ist, so nehmen die Amoeben dauernd andere und mitunter ganz merkwürdige Gestalten an. Eben noch rundlich, ziehen sie sich zu langen Formen aus, dann wieder strecken sie nach allen Seiten ihre Auswüchse wie Fühler aus und erscheinen fast sternförmig, um sich alsbald wieder zu Keulenformen abzurunden. Im menschlichen Darm kommen auch bei uns nicht selten Amoeben vor, die aber vollkommen harmlos sind. Von diesen gewöhnlichen Amoeben sind die Dysenterieamoeben nur schwer zu unterscheiden. Die letzteren vermehren sich in der Darmschleimhaut ziemlich rasch durch Teilung in vier, acht oder sechzehn Teile, die ihrerseits das Zerstörungswerk in der Schleimhaut fortsetzen. Tritt unter dem Einfluß der Schutzkräfte des Körpers Heilung ein, so verlieren die Amoeben ihre Bewegungsfähigkeit, indem sie Kugelform annehmen, zerfallen noch einmal zu vier Teilen, von denen jeder sich mit einer sehr harten Kapsel umgibt, oder aber, es schnürt sich an ihrer Außenseite eine Anzahl von Knospen ab, die sich gleichfalls mit einer harten Schale umgeben. Dies sind die sogen. Cysten oder Dauerformen der Protozoen. Sie werden mit dem Darminhalt ausgeschieden und halten sich im Gegensatz zu den eigentlichen Amoeben, die sehr empfindlich sind und außerhalb des Körpers sofort zugrunde gehen, jahrelang im Wasser oder in angetrocknetem Zustand in der Erde und an allen Gegenständen, an die sie gelangen. Da sie in derselben Weise, wie die Typhus- und anderen Darmbazillen, mit dem Darminhalt ausgestreut werden und Trinkwasser, Lebensmittel, Hände und Gebrauchsgegenstände zu infizieren vermögen, so erklären sich die Verbreitungs- und Ansteckungsvorgänge von selbst. Daß sich die Amoebenruhr in vielen Gegenden als endemische Krankheit behauptet, ist aus der großen Widerstandsfähigkeit der Cysten verständlich. Eine triftige Erklärung für die Tatsache, daß die Amoebenruhr fast nur in den Tropen herrscht, gibt es nicht, denn eine Ausbreitung dieser Erkrankung in den gemäßigten Zonen liegt durchaus im Bereich der Möglichkeit. Bei der Einverleibung der Cysten in den menschlichen

Magendarmkanal, und auch den einiger Versuchstiere, lösen sich die harten Kapseln auf, und die jungen Amoeben im Innern derselben infizieren die Darmwand des Dickdarmes.

Für die Bekämpfung aller Dysenterieerkrankungen ist maßgebend, daß die Erreger lediglich mit den Darmabgängen ausgeschieden und verbreitet werden, und daß sie durch die üblichen Entfernungs- und Vernichtungsmaßnahmen von der Ansteckung ausgeschaltet werden können. Im großen und ganzen sind also die Bekämpfungsmaßregeln dieselben wie beim Typhus, nur daß man die Verbreitung durch den Urin nicht zu befürchten braucht. Ferner beanspruchen bei der Dysenterie die gesunden Keimträger nicht entfernt dieselbe Bedeutung wie beim Unterleibstyphus.

Pocken

(Aus Jahrgang XVI, Heft 22.)

Eine eigenartige, scharf charakterisierte und von den bisher beschriebenen Infektionskrankheiten hinsichtlich der Erscheinungsform und der Uebertragungsweise abweichende, aber nicht minder gefährliche Seuche ist die als Pocken oder schwarze Blattern bezeichnete Krankheit.

Das Krankheitsbild der Pocken ist ein sehr schweres. Etwa 10 bis 15 Tage nach der Infektion tritt unter Schüttelfrost, Erbrechen und hohem Fieber ein rotfleckiger Ausschlag am Rumpf und den Extremitäten auf, der am dritten bis vierten Tag wieder verblaßt, um dem eigentlichen Pockenausschlag Platz zu machen. Dieser besteht aus hirsekorn- bis erbsengroßen Knötchen von gelbrotem Aussehen, die sich bald in ein Bläschen mit einer Delle in der Mitte und einem erst wasserhellen, später eitrigen Inhalt verwandeln. Nach ungefähr zwölf Tagen beginnt der Bläscheninhalt zu vertrocknen und es bildet sich ein Schorf, der nach einiger Zeit abfällt und eine rundliche vertiefte Narbe zurückläßt. Die Pockenpusteln entwickeln sich ziemlich dicht gedrängt im Gesicht, namentlich auf der Stirn, weniger dicht auf dem Hals, Rumpf und den Gliedmaßen, aber auch auf der Schleimhaut von Nase, Mund, Kehlkopf und Speiseröhre und in der Harnröhre. Das Allgemeinbefinden ist bis zum Eintritt der Verschorfung sehr stark gestört, das Fieber ist nur bei Beginn der Pustelbildung etwas geringer, sonst aber sehr hoch und fällt erst vom 12. Tage an langsam ab. Gleichzeitig mit dem Fieber steigen und fallen die übrigen Allgemeinerscheinungen, Abgeschlagenheit, Kopf- und Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit und dergl. In schweren Fällen finden Blutungen in dem Blatterninhalt statt, wodurch diese schwarz gefärbt werden. Hiervon rührt der Name schwarze Blattern und schwarzer Tod, welch' letzterer im Mittelalter zum Teil für Pocken, zum Teil für Pestepidemien gebraucht wurde. Derartige Fälle von schwarzen Blattern enden gewöhnlich tödlich. Die Sterblichkeit schwankt bei den Einzelepidemien sehr erheblich und beträgt im Durchschnitt 15 bis 30%, bei Kindern etwas mehr. Nach der Ausheilung von Pockenerkrankungen bleiben außer den entstellenden Narben im Gesicht auch häufig Seh- und Hörstörungen sowie mitunter Nervenlähmungen zurück.

Trotz der unendlichen Mühen, die auf die Erforschung der Ursache der Pocken verwandt worden sind, ist diese noch nicht entdeckt. Wenn man jedoch etwas Pustelinhalt auf die Kaninchenhornhaut verimpft, so entstehen hier Trübungen, die von Körnchen in den Zellen hervorgerufen sind, wie sie nur bei Pocken entstehen. Diese Körnchen sind aber nicht die Parasiten, die die Pocken verursachen, vielmehr müssen diese unendlich viel kleiner sein, denn sie gehen durch die feinsten Bakterienfilter hindurch. Von den Kaninchen ist nur die Hornhaut für die Pockeninfektion empfindlich; der übrige Körper nicht. Unter allen Tieren ist es nur das Rind, das mit Pocken infiziert werden kann. Die sog. Kuhpocken stellen jedoch, wie wir später sehen werden, eine Abart der eigentlichen Blattern dar.

Was die Epidemieologie betrifft, so zeigen die Pocken wie alle übrigen akuten

Krankheiten eine außerordentliche Ansteckungsfähigkeit. Alle Menschen, die die Pocken noch nicht überstanden oder keine Schutzimpfung durchgemacht haben, sind für die Pocken leicht empfänglich. Auch die farbigen Rassen sind hiervon keineswegs ausgenommen und zeigen sogar vielfach eine noch stärkere Neigung zu der Erkrankung als die weißen. Der Ansteckungsstoff ist, wie sich leicht nachweisen läßt, in konzentrierter Form in dem Pustelinhalt vorhanden, aber die Mehrzahl der Ansteckungen muß nach allen unseren Erfahrungen nicht durch diese flüssigen Massen, sondern auf andere Weise erfolgen. Der Pustelinhalt könnte nur durch direkte Berührung anstecken; es ist aber erwiesen, daß ein nur flüchtiger Aufenthalt in der Nähe des Pockenkranken oder im Krankenzimmer zur Infektion führen kann. Diese muß also in der Mehrzahl der Fälle durch die Luft erfolgen. Ob es nun die ausgehusteten Tröpfchen oder die von der Haut abschilfernden Epidermisschüppchen sind, die die Ansteckung vermitteln, ist noch nicht erwiesen. Jedenfalls vermag sich der Ansteckungsstoff lange in der Luft und an den Gegenständen lebensfähig zu erhalten; ein Umstand, der für die Infektiosität der Hautschüppchen spricht. Vermutlich findet die Ansteckung durch die Einatmung der in der Luft schwebenden Infektionsvermittler statt.

Die Pocken haben schon in den ältesten Zeiten in China, Indien, Arabien und anderen asiatischen Ländern geherrscht. Nach Europa kamen sie anscheinend im 7. Jahrhundert, und in Deutschland herrschten vom 15. Jahrhundert an heftige Epidemien. Schon damals wußte man jedoch, daß das Überstehen der Krankheit einen meist für das ganze Leben ausreichenden Schutz gegen Neuerkrankungen bot. Man versuchte daher, bei milderen Epidemien möglichst viele Menschen durch Einreiben mit Blatternschorfen krank zu machen und so zu immunisieren; aber diese Methode war ein großes Wagnis, da häufig ein großer Prozentsatz der künstlich Infizierten starb... Wie jetzt durch das Geschichtsstudium bekannt wird, waren aber bereits im 16. und 17. Jahrhundert hier und da einige Methoden der Schutzimpfung entdeckt worden, die wesentlich günstigere Resultate hatten. Sie sind als die Vorläufer der überall bekannten Schutzpockenimpfung zu betrachten. Diese letztere wurde von Jenner in England entdeckt und 1796 nach fast zwanzigjähriger Beschäftigung mit den Versuchen bekannt gegeben. Jenner fand, daß man die menschlichen Pocken auf Kühe und von diesen beliebig weiter auf andere Kühe übertragen könne. Die Kuhpocken zeigten schon in der ersten, spätestens aber in der zweiten oder dritten Generation eine vollständige Umwandlung des Krankheitsstoffes insofern, als keine Allgemeinerkrankung mehr eintrat, sondern nur diejenigen Stellen der Haut, die mit dem Ansteckungsstoff in Berührung gebracht wurden, Pusteln bildeten. Übertrug man nun den Inhalt der Kuhpocken auf irgend eine Stelle der menschlichen Haut, so entstanden auch hier nur lokale Pusteln. Diese lokale Krankheit verlief im Vergleich zu den echten Pocken außerordentlich leicht, hatte trotzdem aber fast dieselbe immunisierende Wirkung. Für fünf bis zehn Jahre, meist auch noch länger, blieb der Körper vor der Pockeninfektion geschützt. Trat später einmal eine Erkrankung ein, so verlief diese relativ gutartig. Dadurch, daß das Pockengift einmal auf die Kuh übertragen war, war es für immer in eine gutartige Form umgewandelt worden, denn auch bei der Weiterimpfung von Mensch zu Mensch bekam es nie wieder seinen ursprünglichen Charakter.

Die heutige Schutzpockenimpfung, die auf Jenner's Entdeckungen aufgebaut ist, besteht nun darin, daß die Kuhpocken von Kalb zu Kalb durch leichtes Ritzen der Bauchhaut und Einreiben des Krankheitsstoffes verimpft werden, und daß den nach einigen Tagen entstehenden Pusteln der Impfstoff entnommen wird. Der Impfstoff wird mit Glycerin vermischt im Eisschrank aufbewahrt, bis sein Bakteriengehalt sehr gering geworden ist, und dann an Aerzte, Apotheker usw. ausgegeben. Die Impfung erfolgt durch seichte, nicht blutende Hautritze mit einem mit Impfstoff befeuchteten Impfinstrument. Die früher sehr beliebte Abimpfung mit dem frischen Pustelinhalt von Erstimpflingen

ist jetzt fast überall verlassen worden, da gelegentlich, allerdings in äußerst seltenen Fällen, hierdurch Syphilis, Tuberkulose, Wundrose oder andere Krankheiten übertragen werden sollen. Bei der Verwendung der Kuhlymphe sind diese Gefahren ausgeschlossen, da die Kälber nach Abnahme des Impfstoffes getötet und auf Krankheitserscheinungen untersucht werden, und weil die Lymphe durch die Konservierung mit Glycerin von allen etwa noch vorhandenen krankheitserregenden Bakterien befreit wird. Die Impfpusteln gehen am dritten bis vierten Tage erst in Gestalt eines Knötchens auf, um in den folgenden Tagen in ein Bläschen mit wässrigem, später eitrigem Inhalt überzugehen. Am siebenten Tage ist sie am charakteristischsten entwickelt. Die Verschorfung und Narbenbildung ähnelt der der echten Pocke. Etwa am siebenten Tage nach der Impfung ist die vollständige Immunisierung erreicht.

Bereits im Beginn des 19. Jahrhunderts fand die Jenner'sche Schutzimpfung allenthalben viele Anhänger. Schon in den ersten beiden Jahrzehnten dieses Jahrhunderts wurde die zwangsweise Impfung in verschiedenen süddeutschen Staaten eingeführt. Im preußischen Heere gelangte der Impfzwang seit 1834 zur Durchführung, während der Zivilbevölkerung die Impfung nur empfohlen wurde. Infolgedessen war die Sterblichkeit an Pocken in der letzteren 20 bis 50 mal so groß als im Heere. 1874 endlich wurde durch ein Reichsgesetz der Impfungszwang für das gesamte Deutsche Reich geregelt. Nach diesem müssen sämtliche Kinder in dem auf das Geburtsjahr folgenden Jahre zum ersten, und im 12. Lebensjahre zum zweiten Mal geimpft werden. Es besteht ferner Impfzwang für alle Saisonarbeiter, die aus einem Lande ohne Impfzwang bezogen werden, und es kann endlich im Falle einer Pockenepidemie die Umgebung der Kranken der Impfung unterworfen werden. Seitdem ist die Zahl der Pockenfälle im Deutschen Reich auf ein verschwindendes Maß zurückgegangen. Es kommen stets nur ganz kleine Pockenepidemien vor, die aus dem Ausland — Rußland, Oesterreich-Ungarn und viele andere Staaten besitzen noch keinerlei Impfzwang — eingeschleppt worden sind; die Ausbreitung betrifft immer nur wenige Fälle, und zwar gewöhnlich einige Kinder, die noch nicht geimpft sind, und einige ältere Leute, die von dem Impfgesetz nicht mehr betroffen, oder die schon vor sehr langer Zeit geimpft sind. Die Epidemien werden ferner sehr schnell eingedämmt, da die auf die größere Umgebung ausgedehnte Schutzimpfung selbst gegen die schon stattgehabte Infektion mit echten Pocken Schutz gewährt. Es sei daran erinnert, daß die Inkubationszeit der Pocken 10 bis 15 Tage dauert, während der Impfschutz schon nach sieben Tagen eintritt.

Die zahlenmäßigen Belege für die plötzliche Abnahme der Pockengefahr bei Einführung der Schutzimpfung und die Beobachtung der vielen Verheerungen durch die Pocken in Ländern ohne Impfzwang legen ein beredtes Zeugnis für die wohltuende Wirkung des Impfgesetzes ab.

Flecktyphus

(Aus Jahrgang XVII. Heft 6.)

Unter den in früheren Jahrhunderten mit dem Namen Typhus belegten Krankheiten hat der Flecktyphus (exanthematischer Typhus, Fleckfieber) eine große Rolle gespielt; wahrscheinlich war diese Krankheit während der Kriegs- und Hungerzeiten bedeutend häufiger als der Unterleibstyphus und das Rückfallfieber. Jetzt ist das Fleckfieber ebenso wie das Rückfallfieber aus den meisten zivilisierten Ländern gänzlich verschwunden, oder doch nur in vereinzelten nachgewiesenermaßen eingeschleppten Fällen zu beobachten. In Rußland hält sich die Krankheit noch an einigen Stellen und führt hier und da zu mäßigen Epidemien. Auch in Amerika, namentlich Mexiko, wo der Name Tabardillo für die Krankheit gebräuchlich ist, scheinen unbeschriebene Fleckfieberepidemien häufiger beobachtet zu werden. Im ganzen hat jedoch das Fleck-

fieber jetzt eine verhältnismäßig untergeordnete praktische Bedeutung.

Die Krankheit besteht in der Hauptsache aus einem sehr heftigen, etwa 17tägigen Fieber mit sehr schweren Allgemeinerscheinungen und einem charakteristischen Hautausschlag. In der Regel beginnt das Fieber plötzlich, häufig mit Schüttelfrost und steigt schnell auf 40 bis 41 Grad an. Die Allgemeinerscheinungen bestehen, außer auch sonst zu beobachtenden Kopf- und Gliederschmerzen, in Verwirrtheit, zeitweisen Delirien und Unbesinnlichkeit, ja häufig schwerer Bewußtlosigkeit. Am dritten bis siebenten Tage tritt der Hautausschlag auf, der zunächst aus rundlichen, hellroten Fleken besteht, bald aber eine dunkle Färbung infolge des Eintretens kleiner Hautblutungen aufweist. Gegen Ende der zweiten Krankheitswoche beginnen sich meist die Erscheinungen etwas zu bessern, und in der dritten Woche pflegt unter kritischem Temperaturabfall die Rekonvaleszenz mit Ausbildung einer vollen Immunität einzutreten. Etwa 6 bis 20 Proz., je nach der Schwere der Epidemie, enden während des fieberhaften Stadiums tödlich. In dem Körper der Verstorbenen werden außer den Hautblutungen und gewissen nebensächlichen Veränderungen, wie geringfügigen Luftröhren- und Lungenentzündungen, Gelbsucht oder Darmkatarrhen, keinerlei Veränderungen gefunden, die die Schwere des Krankheitsbildes erklären könnten. Diese beruht also ausschließlich auf der Allgemeininfektion des Körpers.

Der wirkliche Erreger des Flecktyphus ist, trotz der mannigfachen Befunde von Bakterien im Blute der Fleckfieberkranken, noch nicht entdeckt. Ebenso wenig ist die Uebertragungsweise der Krankheit sicher festgestellt. Doch scheinen verschiedene wohlgelungene Versuche darauf hinzudeuten, daß die Krankheit durch Insekten übertragen wird. Mit Hilfe der Kleiderläuse soll die Uebertragung auf Affen und von diesen weiter auf andere Affen geglückt sein. Wenn sich diese Angaben bewahrheiten, so könnte man die Epidemiologie des Flecktyphus leicht erklären. Die Krankheit wäre demnach auf eine hinreichend große Anzahl von Zwischenträgern für ihre Weiterverbreitung angewiesen, und diese Tierchen haben sich seit dem Erwachen eines größeren Reinlichkeitstriebes und hygienischer Bestrebungen in den kultivierten Völkern mehr und mehr von den Menschen zurückgezogen. Nur unter den ziemlich rückständigen Gewohnheiten und Sitten der slavischen Rassen und der Mischlingsbevölkerung von Amerika scheinen die Kleiderläuse noch ein ungestörtes Dasein zu fristen und unter Umständen den Flecktyphus zu verbreiten.

Für die Bekämpfung des Fleckfiebers kommt, außer den allgemeinen Bestimmungen über Isolierung von Kranken und Krankheitsverdächtigen, Desinfektionen und die üblichen Verkehrsbeschränkungen, noch die Vernichtung von Ungeziefer in Frage, die sich hauptsächlich gegen die auf dem menschlichen Körper lebenden Parasiten (Läuse, Flöhe, Wanzen) zu richten hätte.

Verantwortlicher Schriftleiter: Prof. Dr. med. August Hildebrandt, Eberswalde, Neue Schweizerstr. 7. — Verlag von Elwin Staude, Verlagsbuchhandlung, Berlin W. 35, Steglitzerstr. 11. — Druck von C. A. Walter, Delitzsch.

30.Januar 33.

340119

An
den Vorstand der Allgem.Orts-
krankenkasse für den vormaligen
Kreis Stolzenau
zu Stolzenau.

Wie wir erfahren, ist in dem "Kassenärztlichen Gesamtvertrag für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Deister-Weser" vom 3.November 1932 unter II § 2, die hiesige Stadt als kassenärztlicher Arztsitz nicht mehr vorgesehen. Damit ist im Falle einer Erledigung der hiesigen Arztstelle die Niederlassung eines Arztes in Zukunft unmöglich gemacht, da heute ein Landarzt auf die gleichzeitige Wahrnehmung der kassenärztlichen Praxis angewiesen ist. Die Nichtberücksichtigung des hiesigen Arztsitzes erscheint auch sachlich in keiner Weise begründet, wenn man das Verzeichnis der zugelassenen Sitze durchsieht. Wenn z.B. für Wiedensahl mit 123 Versicherten bei 905 Einwohnern ein Arztsitz vorgesehen ist, so versteht man nicht, weshalb hiesiger Stadt mit 466 Versicherten und 1680 Einwohnern (nach Bestandaufnahme vom Oktober 1932) ein fester Arztsitz versagt wird. Wenn man etwa für Wiedensahl auf die Ortschaften des Freistaates Schaumburg-Lippe Rücksicht nimmt, so sollte man dasselbe bezüglich der Ortschaften Mardorf, Winzlar und evtl. Brokeloh für Stadt-Rehburg tun.

b.wenden!

340120

Bereits in den 7o er Jahren war ein Arzt hier ansässig. Um in der Zeit der Wohnungsnot die Sesshaftmachung eines Arztes zu erleichtern, hat die Stadt vor einigen Jahren ein Arzthaus erbaut und andere pekuniäre Opfer gebracht. Alles dies ist durch die Nichtzuteilung eines kassenärzlichen Sitzes in Frage gestellt, abgesehen von dem grossen Vermögensnachteil, der den Hinterbliebenen des zeitigen hiesigen Arztes erwachsen würde. Es dürfte keiner weiteren Beweisführung bedürfen, dass der hiesigen Stadt und ihren Nachbargemeinden durch die Nichtzuweisung eines Sitzes ein ausserordentlicher Schaden zugefügt worden ist und welch grossen Wert die Gemeinde auf einen Arztsitz legt. Wenn der 4 km. entfernten Gemeinde Bad Rehburg mit nur 300 Einwohnern sogar 2 Sitze zuerkannt sind, so wird niemand verstehen, dass der hiesigen, fünfmal so grossen Gemeinde, nicht einmal <u>ein</u> Sitz zugebilligt ist.

Wir bitten hiernach den Vorstand ergebenst, doch in Beziehung auf § 2 Ziff. 5, des oben erwähnten Gesamtvertrages dafür einzutreten, dass das hiesiger Gemeinde augenscheinlich zugefügte Unrecht durch Errichtung eines Sitzes - als Nachtrag zum Vertrag- ausgeglichen wird.

Dr. med. Hans Matté
prakt. Arzt
Bad Rehburg

Sprechstunden: Werktags 8–10 u. 5–7
außer Sonnabend nachm.

Telefon: Bad Rehburg 217

Bad Rehburg, den 27. II 1934.

~~Rp.~~

Frau Engel Schubert
Bad Rehburg
wird zwecks Operation
der Landesfrauenklinik
Hannover
überwiesen.

Matté

So ging es nach dem Krieg weiter

Falschheit, unkorrektes Verhalten, kein kollegiales Verständnis erlebten den Anfang 1947. Auch die Ärztekammer hat keine gute Rolle gespielt. Die nichts verloren hatten, waren futterneidisch und glaubten, wenn sich noch ein Arzt niederließ, daß sie verhungern müßten.

Dr. med. J. Parow Stadt Rehburg, den 20/5 1947

340123

Sehr geehrter Herr Kollege!

Wie Sie aus meinem Telegramm entnommen haben werden, bin ich damit einverstanden, dass Sie meine Praxis in Rehburg St. vertretungsweise auf eigene Rechnung übernehmen bis zunächst 15. Juli. Ob ich dieselbe aufgeben werde, hängt von verschiedenen dortigen Verhältnissen u. a. ab, und wird sich erst entscheiden.

Ihre ersten Telegramme haben mich leider sehr verspätet erreicht wegen Reisen. Ich dachte naturgemäss nur an Vertretung, auch angesichts der Tatsache, dass Sie jeden Gedanken an eine Übernahme stets als absurd von sich gewiesen haben. Auch die Ärztekammer hielt

R nicht für einen 2ten Arzt geeignet.
Falls es spruchreif wird, wäre dies in Betracht zu
ziehen. Die eigentümliche Konkurrentin aus
Wunslar arbeitet mit allen, auch unehrenhaften,
Mitteln; mir hat sie rel. wenig Abbruch getan.
Sie haben sie unterschätzt: erst recht nicht zu fürchten.
Aber sie nimmt es mit allem rechnen was
früher nur ein Ehrengehalt gehörte

Hochachtungsvoll

S. Varro

340124

340125

Herr Dr med. Kürzner vertritt
Dr. Tasso in seiner Praxis Rehburg –
Mardorf. Zeitpunkt wird noch festgesetzt.
Dauer mindestens 4 Wochen, [illegible]
Vergütung: Von den Einnahmen erhält Dr K
300 M, die weiteren 600 M gelten [illegible]
von Miete u. Telef. [illegible] erhalten
Dr K. – T. jeder die Hälfte.
Dr K verpflichtet sich nach [illegible] nicht in
Rehburg u. Mardorf Praxis auszuüben.

Rehburg 10/9-46 Dr Tasso

Dr. Kürzner.

Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands

Körperschaft des öffentlichen Rechts 340126

Bezirksstelle Verden

Bankkonto: Sparkasse des Kreises Verden Abt. Stadt - Postscheckkonto: Hannover 75365 - Fernruf: Verden 410

Absender: KVD., Bezirksstelle Verden, Bahnhofstrasse 19

Herrn
Dr. med. H ü b n e r

L o c c u m

Kreis Nienburg

7.10.46

Ihr Zeichen: Ihr Schreiben vom: Unsere Zeichen: N./E.

Betrifft:

Sehr geehrter Herr Doktor !

Herr Dr. med. Winkelmann, Loccum, besteht darauf, dass in der Angelegenheit der Disziplinar- und Beschwerdeausschuss entscheidet.

Wir bitten Sie, Ihre eingehende Stellungnahme zu übersenden.

(N i e r e)

F/000

Herrn

Dr. med. H ü b n e r

L o c c u m
-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-
Kreis Nienburg

Bezirksstelle Verden
der Ärztekammer Niedersachsen
Verden/Aller
Sprache: German

340127

Schreiben der Stadt an ZKC   340128

Der Ärztekammer Niedersachsen
Bezirksstelle Verden a/Aller

Wie wir auf Anfrage bei Herrn Dr.med.Hübner von diesem erfahren,ist seine vertretung bis zum 30.11. aus dem Grund verlängert worden,weil Herr Dr.med. Parow nach hier zurückkommen will.Wir teilen Ihnen mit,dass Dr.P. im April, ohne sich zunächst abzumelden die Stadt verlassen hat,um sich in der russ. Zone anzusiedeln.Monatelang vorher schon hat sich Dr.P.überhaupt nicht mehr um seine Praxis gekümmert und wurde von der Bevölkerung auch kaum noch in Anspruch genommen.Am 18.7.47 verzog die gesamte Familie des Herrn Dr.P. in die russische Zone und meldete sich polizeilich hier ab.Herr Dr.P.hat also nicht mehr den geringsten Anspruch auf Erteilung einer Zuzugsgenehmigung nach hier, und wird diese auch von keiner Stelle erhalten.Auch seine noch angeblich gültige Niederlassungsgenehmigung wird ihm hierbei nicht helfen.
Die zweite Anwärterin aif die Praxis,Frau Dr.med. Plath-Beetz hat ihre offizielle Praxis in Winzlar. Ihr Medizinalbad in Rehburg ist ohnehin ein Stein des Anstosses und berechtigt zu keinem Anspruch ihre winzlarer Praxis nach Rehburg zu verlegen, um diese mit dem Bad zu koppeln.Es ist lange bekannt, dass das Bad lediglich eine zusätzliche Einnahmequelle für Frau P.B.ist, aber in keinster Weise als Medizinalbad zu betrachten ist.Ausserdem ist Frau P.B. verheiratet und nicht so sehr auf ihre eigene Arbeitskraft zur Erhaltung ihrer Familie angewiesen als z,B.Herr Dr,Hübner.Herr P.B. kann bei seiner Konstitution ohneweiteres in den Arbeitsprozess eingegliedert werden und hat es nicht nötig als Angstellter seiner Frau in dem Bad in Rehburg den Bademeister zu machen.Die Badeanstalt ist für Frau p.B. durchaus nicht lebenswichtig, viel eher geht es darum das Bad für die Allgemeinheit frei zu machen, damit endlich die vielen Krätzekranken und an anderen Hautschäden leidenden Menschen geheilt

werden, von welchen es geradezu in Rehburg wimmelt. Man kann keinem in der heutigen Zeit zumuten für ein Reinigungsbad 4,- RM zu zahlen, wie sie von Frau P.B. verlangt werden.
Ferner wird für den zu bestätigenden Arzt in Rehburg eine Wohnung frei gehalten. Dieselbe steht jetz seit etwa 2 Monaten leer. Diese Wohnung wurde damals Herrn Dr. Hübner zugesagt, worauf er seine restliche Möbel aus der russ. Zone kommen liess, um diese dort einzustellen. Da bisher aber für keinen Arzt eine Niederlassungsgenehmigung erteilt worden ist, konnte die Wohnung auch noch nicht freigegeben werden. Einmal entsteht der Hauswirtin ein monatlicher Mietausfall von 80.-Rm, auf der anderen Seite geht es in der heitigen Zeit nicht an, dass eine Wohnung monatelang leer und unbewohnt steht.
Wir bitten die Ärztekammer endlich eine Entscheidung in dieser Angelegenheit herbeizuführen. Die Verzögerungsgründe sind unserer Meinung nach in keinster Weise stichhaltig. Wir müssten gegebenenfalls diese Vorgänge dem Herrn Minister unterbreiten, falls nicht endgültig Ihre Entscheidung fällt.

340129

Bezirksstelle Verden
der Ärztekammer Niedersachsen

340130

Herrn
Dr. med. H ü b n e r

Rehburg-Stadt

Kreis Nienburg

Fernruf: Verden 410

Postscheck-Konto:
Hannover 753 65

Bank-Konto:
Sparkasse des Kreises Verden
Abt. Stadt Verden, Nr. 3269

Ihr Schreiben vom: 28.6.47 Unsere Zeichen: N./E.

(23) VERDEN, den 19.7.1947
Bahnhofstr. 19

Betr.

Sehr geehrter Herr Kollege !

Von einer Praxisübergabe des Herrn Dr. med. P a r o w an Sie ist mir nichts bekannt. Hierzu wäre auch das Einverständnis der Bezirksstelle erforderlich. Es wurde jedoch weder diese Zustimmung eingeholt noch die Niederlassungsgenehmigung für Rehburg-Stadt beantragt. Ich bedaure daher, Ihnen mitteilen zu müssen, dass Sie vorläufig keine Praxis ausüben dürfen.

Mit kollegialem Gruss !
Der Leiter

(Dr. Gohde)



Herrn

Dr. med. Hübner

Loccum

~~Stadt-Rehburg~~

Krs. Nienburg

340131

Bezirksstelle Verden
der Ärztekammer Niedersachsen
Verden/Aller
[illegible]

[24]

340132

Bezirksstelle Verden der Ärztekammer Niedersachsen

Herrn
Dr. med. H ü b n e r

Rehburg-Stadt

Kreis Nienburg

Fernruf: Verden 410

Postscheck-Konto:
Hannover 753 65

Bank-Konto:
Sparkasse des Kreises Verden
Abt. Stadt Verden, Nr. 3269

Ihr Schreiben vom: 29.7.1947 Unsere Zeichen: N./E.

(23) VERDEN, den 2.8.1947
Bahnhofstr. 19

Betr.

Sehr geehrter Herr Kollege !

Ich bestätige den Empfang Ihres obigen Schreibens mit Ihrem Niederlassungsantrage und teile Ihnen mit, dass Sie vorläufig, und zwar bis zum 30. September d.J. als Vertreter in der Praxis des abwesenden Dr. P a r o w , Rehburg-Stadt, tätig sein dürfen. Herr Dr. Parow hat sich bislang nicht abgemeldet. Ich hoffe aber, in Kürze von ihm einen Bescheid zu erhalten.

Ihr Niederlassungsantrag wird nach Prüfung der Verhältnisse mit einer entsprechenden Stellungnahme an die Ärztekammer weitergeleitet.

Mit kollegialem Gruss !
Der Leiter

(Dr.Gohde)

Verden
5.8.47.

Herrn

Dr. med. Hübner

[20] Rehburg - Stadt

Kr. Nienburg

Bezirksstelle Verden
der Ärztekammer Niedersachsen
Verden / Aller
[illegible]

340133

340134

Bezirksstelle Verden
der Ärztekammer Niedersachsen

Herrn
Dr.med. Hübner
i/Praxis Dr.Parow

Stadt Rehburg

Fernruf: Verden 410

Postscheck-Konto:
Hannover 75365

Bank-Konto:
Sparkasse des Kreises Verden
Abt. Stadt, Verden, Nr. 3269

Ihr Schreiben vom: Unsere Zeichen: N./Lg.

VERDEN, den 8.Sept.47
Bahnhofstraße 19

Betr.

Sehr geehrter Herr Kollege !

Herr Dr.med. Parow schickt an die Bezirksstelle nachstehendes Telegramm:

"Rückkehr meinerseits bestimmt beabsichtigt und unvermeidlich. Erbitte Vertretung Hübner bis 3o.11. Brief unterwegs."
Dr.Julius Parow."

Da also die Angelegenheit bis zum 30.Sept. d.sJs. nicht geregelt werden kann, genehmige ich bis zur endgültigen Klärung Ihre weitere Vertretung in der Praxis Dr.Parow zunächst bis zum 30.11. d.Js.

Mit kollegialem Gruss
Der Leiter

(Dr. Gohde).

VERDEN (ALLER)
10.9.47.12-13

DEUTSCHE POST 24 Pf.

Herrn

Dr.med. Hübner
i./Praxis Dr. Parow

Stadt Rehburg
-.-.-.-.-.-.-.-.

Bezirksstelle Verden
der Ärztekammer Niedersachsen
Verdolmetscher
Sprache: German

340135

340136

Dr.med. Werner Hübner
Loccum, Krs Nienburg.

Loccum, d.12.9.47

Dem
Herrn Oberkreisdirektor des Kreises
N i e n b u r g a/W

Der prakt. Arzt Dr.med. Julius Parow ist Anfang April ohne Pass von Stadt Rehburg aus in die russische Zone abgewandert. Seine Praxis hat er im Stich gelassen, und sich bislang nicht um dieselbe gekümmert. Sein Instrumentarium hat er damals schon gleich mitgenommen. Ich habe, da die Praxis vakant war, dieselbe weitergeführt. Am 18.7.47 ist seine Familie mit ihrem gesamten Besitztum nachgezogen, nachdem sie sich alle polizeilich abgemeldet hatten. In dem Augenblick, in welchem die Ärztekammer die Praxis neu auszuschreiben gedenkt, schickt P. folgendes Telegram:
Rückkehr meinerseits bestimmt beabsichtigt und unvermeidlich."
Ich gestatte mir die Anfrage, ob Dr. P. ohneweiteres, nachdem er die Zone verlassen hat zurückkehren kann und ob er wieder Zuzugsgenehmigung erhält. Dr. P. hat in Koserow auf Usedom ein Sanatorium in Betrieb. Infolge irgendwelcher Schwierigkeiten, will er nun nach hier zurück, um seine in Stich gelassene Praxis wieder zu übernehmen.

Hochachtungsvoll!

340137

Dr.med. Werner Hübner
Loccum, Krs. Nienburg

L occum, d.12.9.47

Dem
Herrn Minister für das Gesundheitswesen
bei der Regierung in Hannover
H a n n o v e r
Bleekstr.

Herr Dr.med. Julius P a a r o w aus Stadt Rehburg, hat Ende April 1947 die britische Zone illegal verlassen, und sein Sanatorium in Koserow auf Usedom, sowie eine Praxis inf Zempin, ebenfalls auf der Insel gelegen, in Betrieb genommen. Da die Praxis verwaist war, und die ärztliche Versorgung in Rehburg nicht sichergestellt war, bat mich die Stadtverwaltung die Praxis weiterzuführen. Ich habe daraufhin die Praxis mit meinem Instrumentarium bis heute aufrechterhalten, da Herr Dr, P. keinen bindenden Entscheid gab. Seine Familie hatte er bereits am 18.7.47 nachkommen lassen, sodass er seit diesem Termin auch offiziell polizeilich abgemeldet ist. Nachdem er sich also monatelang überhaupt nicht gemeldet hat, behauptet er plötzlich, dass er die hiesige Praxis überhaupt noch nicht aufgegeben habe, und dass ich nur als sein Vertreter tätig sei. Im übrigen schickt er an die zuständige Bezirksstelle in Verden nachfolgendes Telegram:
Rückkehr meinerseits bestimmt beabsichtigt und unvermeidlich. Erbitte Vertretung Hübner bis 30.11. Brief unterwegs.
Dr, Julius Parow.
Das bedeutet also, dass Herr Dr. Parow seit April sein Sanatorium und eine Praxis in der Ostzone und eine Praxis in der Wetszone laufen hat.
Da nun die Bezirksstelle in Verden der Meinung ist, dass Dr. P. jederzeit zurückkommen kann, da seine Niederlassungsgenehmigung immer noch für Stadt Rehburg rechtskräftig ist, bitte ich um die Entscheidung des Herrn Ministers

in dieser Angelegenheit.

Hochachtungsvoll!

Dr.med. Werner Hübner
Loccum, Krs.Nienburg

Loccum, d.12.9.47

340138

Dem Herrn Leiter des
Landesgesundheitsamtes
S c h w e r i n i/M

Ich wende mich höflichst an das dortige Landesgesundheitsamt um Klärung folgender Angelegenheit:
Herr Dr.med. Julius P a r o w hat Ende April in Stadt Rehburg seine Praxis im Stich gelassen und ist, nachdem er seinen Praxisraum gekündigt hat, unter Mitnahme seines wenigen Instrumentariums ohne Pass in die russische Zone abgereist, um angeblich sein Sanatorium in Koserow wieder in Betrieb zu nehmen. Die Stadtverwaltung in Rehburg bat mich an Stelle von Dr. Parow Praxis auszuüben, da die ärztliche Versorgung in keinster Weise sichergestellt war. Im Einvernehmen mit Frau Parow begann ich dann am 15.5.47 zu praktizieren. Wiederholte Angragen zwecks Klärung der Situation bei Herrn Dr.P. blieben unbeantwortet, nicht einmal seine Frau erhielt eine Nachricht. Anfang Juli erreichte mich dann ein Brief, in welchem Herr Dr.P. mich bat ihn bis zum 15.8.47 zu vertreten. Am 18.7.47 verzog Frau Dr. P. mit ihrem gesamten Hausrat in die russische Zone, nachdem sie die gesamte Familie ordnungsmässig hier abgemeldet hatte. Bis vor kurzem war der hiesigen Bezirksstelle von diesen ganzen Vorgangen nichts bekannt, und sie setzte sich deshalb mit Herrn Dr, P. in Verbindung, da die vakant gewordenen Stelle neu ausgeschrieben werden sollte. In diesem Augenblick behauptete Dr. P., dass er seine hiesige Praxis überhaupt noch nicht aufgegeben habe, dass ich lediglich sein Vertreter wäre, und dass er die Absicht habe nach hierzurückzukommen. Auf eine nochmalige Anfrage seitens der Ärztekammer erhielten wir nachfolgendes Telegram:
Rückkehr meinerseits bestimmt beabsichtigt und unvermeidlich. Erbitte Vertretung Hübner bis 30.11. Brief unterwegs.

Dr.Julius Parow

Die Handlungsweise des Herrn Dr.P. entbehrt meines Erachtens jeder rechtlichen Grundlage. Herr Dr. P. ist hier polizeilich abgemeldet und hat nicht das Recht in Koserow, bzw. Zempin eine Praxis zu betreiben und mich gleichzeitig in dieser Zone als seinen Vertreter zu betrachten. Es wäre für Herrn Dr. P. zu schön, wenn er sich in eine gut aufgebaute Praxis hereinsetzen könnte, nachdem er hier einen ausgesprochenen Saustall hinterlassen hat.
Ich bitte das Dortige Landesgesundheitsamt höflichst um Unterstützung in dieser Angelegenheit, und um baldigg Mitteilung, ob Dr. P. tatsächlich dort seine Praxis wieder aufgeben muss.

Hochachtungsvoll.

Dr.med. Werner Hübner
Loccum,Krs. Nienburg.

Loccum,d.12.9.47

340139

Der Ärztekammer Niedersachsen
Bezirksstelle V e r d e n a/A

Ihren Brief vom 8.9.47 habe ich erhalten und ersehe daraus, dass Herr Dr. Parow weiterhin versucht mich in einer wenig kollegialen Art und Weise hinzuhalten. Ich bin nicht gewillt auf die Bitte des Herrn Dr. P. einzugehn da ich vor wenigen Tagen vom Leiter des zuständigen Landesgesundheitsamtes selbst einen Brief gelesen habe, dass das Sanatorium hervorragend läuft. Ausserdem weiss ich von privater Seite, denn ich bin selbst zufällig in Koeserow bekannt, dass Dr. P. keine Schwierigkeiten hat. Es ist ein ganz übler Bauernfang, auf welchen Herr Dr, P. ausgeht, auf den ich mich nicht einlasse, nochzumal mir die Machenschaften des Herrn Dr.P. von früher her bestens in der Erinnerung sind.
Ich habe mich aus diesem Grunde direkt an die vorgesetzte Dienststelle des Herrn Dr. P. gewandt, um von dort aus eine Klärung herbeiführen zu lassen.

H ochachtungsvoll!

Bezirksstelle Verden
der Ärztekammer Niedersachsen

Fernruf: Verden 410

Postscheck-Konto:
Hannover 75365

Bank-Konto:
Sparkasse des Kreises Verden
Abt. Stadt. Verden, Nr. 3269

Herrn
Dr. med. H ü b n e r

L o c c u m

Kreis Nienburg

Ihr Schreiben vom: 12.9.47 Unsere Zeichen: N./E.

VERDEN, den 27.9.1947
Bahnhofstraße 19

Betr.

Sehr geehrter Herr Kollege !

In Ihrer Niederlassungsangelegenheit hat sich die Bezirksstelle zur Klärung der Verhältnisse mit dem für Herrn Dr. Parow zuständigen Landesgesundheitsamt in Verbindung gesetzt.

Ich komme zu gegebener Zeit auf die Angelegenheit zurück.

Mit kollegialem Gruss !

(Dr. Gohde)



Herrn

Dr. med. Hübner

(20) Loccum / Krs. Verden

Bezirksstelle Verden
der Ärztekammer Niedersachsen
Verden / Aller
Sprache: German

340141

340142

[...]s N i e n b u r g (W.)
[...]er Oberkreisdirektor
[...]-Kreiswohnungsamt-

Nienburg/Weser, den 7. Oktober 1947.

An

Herrn Dr. med. Werner Hübner

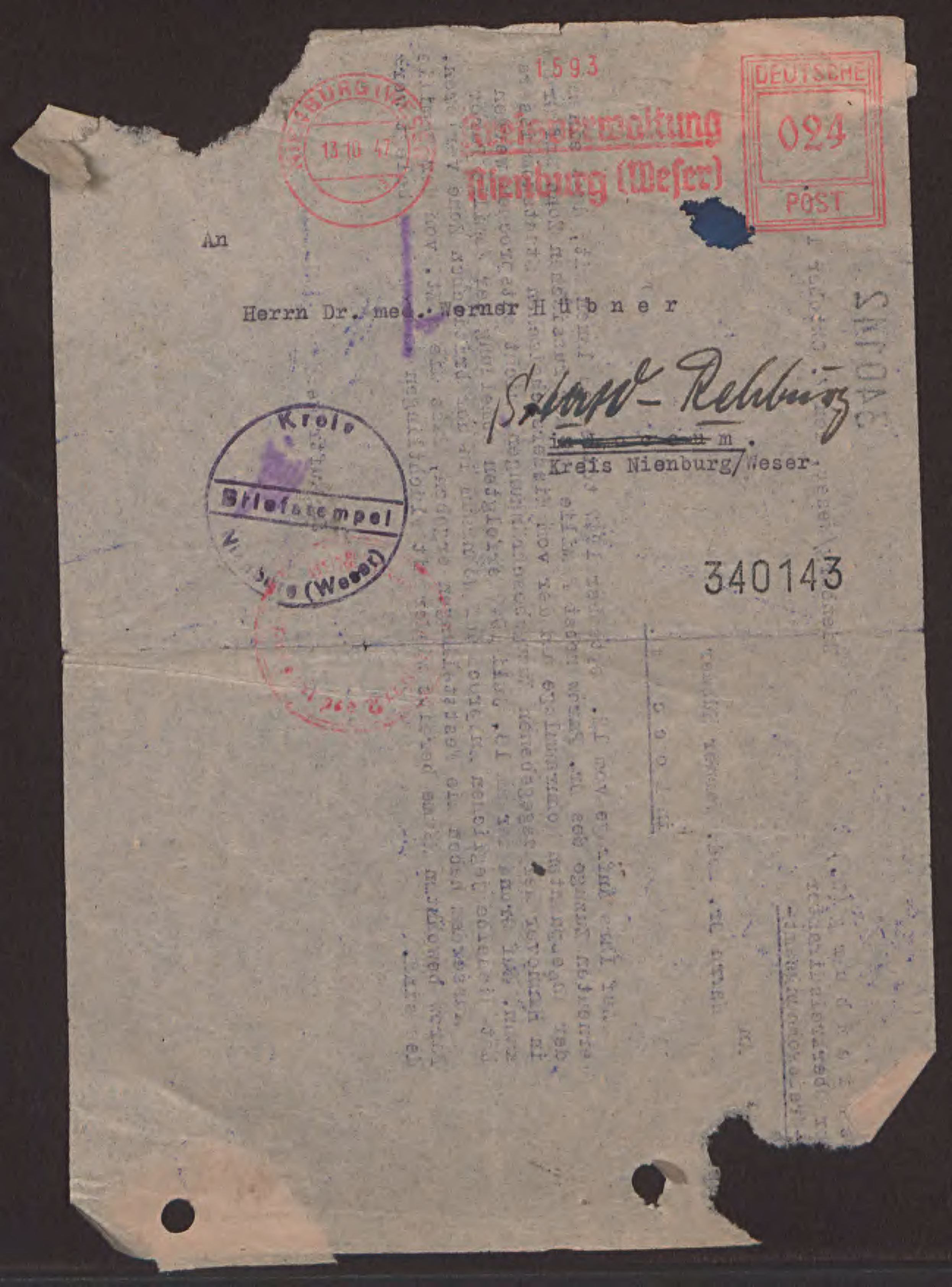
in L o c c u m.

Auf Ihre Anfrage vom 12. September 1947 teile ich Ihnen mit, dass einem erneuten Zuzuge des Dr. Parow nebst Familie aus der russischen Zone auf Grund der angespannten Wohnraumlage und der vom Niedersächsischen Staatskommissars in Hannover herausgegebenen Zuzugsbeschränkungen, nicht entsprochen werden kann. Auf Grund der am 18. Juli 1947 erfolgten Abmeldung der Familie Parow hat dieselbe jeglichen Anspruch auf Wohnraum in der britischen Zone verloren.

Ausserdem haben die Feststellungen ergeben, dass die z.Zt. von der Familie Parow bewohnten Räume bereits wieder mit Flüchtlingen ~~anderweitig~~ belegt worden sind.

Landrat des Kreises [...] (Weser)

Jm Auftrage:



1593

Kreisverwaltung
Nienburg (Weser)

NIENBURG (WESER) 13.10.47

DEUTSCHE 024 POST

An

Herrn Dr. med. Werner H ü b n e r

~~in ....~~ m.

Kreis Nienburg/Weser

Kreis Briefstempel Nienburg (Weser)

340143

340144

Bezirksstelle Verden
der Ärztekammer Niedersachsen

Herrn
Dr. med. H ü b n e r

Rehburg-Stadt

Kreis Nienburg

Fernruf: Verden 410

Postscheck-Konto:
Hannover 75365

Bank-Konto:
Sparkasse des Kreises Verden
Abt. Stadt, Verden.

Ihr Schreiben vom: Unsere Zeichen: N./E.

VERDEN, den 3.11.1947
Bahnhofstraße 19

Betr.

Sehr geehrter Herr Kollege !.

Von der Landesregierung Mecklenburg - Abt. Gesundheitswesen - wird der Bezirksstelle heute mitgeteilt, dass Herrn Dr. med. P a r o w am 30.4.1947 eine endgültige Niederlassungsgenehmigung für Z e m p i n auf Usedom erteilt worden ist. Mit der Rückkehr des Genannten nach Rehburg ist daher nicht zu rechnen. Ich bin damit einverstanden, dass Sie die Vertretung bis zum 31.12.47 übernehmen und bitte Sie, noch einen Nachweis über Ihre Approbation und Promotion herzugeben, damit Ihr Niederlassungsantrag zur Entscheidung an den Herrn Minister weitergeleitet werden kann.

Mit kollegialem Gruss !

[signature]

(Dr.Gohde)

12 PFENNIG
DEUTSCHE POST

Herrn

Dr. med. Hübner

Bezirksstelle Verden
der Ärztekammer Niedersachsen
Verden/Aller
Sprache: German

Rehburg - Stadt
Kreis Nienburg

340145

340146

Bezirksstelle Verden
der Ärztekammer Niedersachsen

Verden, den 13.11.1947
Bahnhofstr. 19
Br.

Herrn
Dr.med. H ü b n e r

Stadt Rehburg
-.-.-.-.-.-.-

Sehr geehrter Herr Doktor!

Wir sind damit einverstanden, dass ab 1.Juli d.J. sämtliche Praxiseinnahmen an Sie überwiesen werden. Zu diesem Zweck bitten wir um Aufgabe Ihres Bankkontos. Gleichzeitig machen wir Sie darauf aufmerksam, dass auf dem Konto des Herrn Dr. med. Parow noch ein Schuldsaldo in Höhe von RM 16,74 offensteht, den wir mit Ihnen verrechnen müssen, da wir keine Möglichkeit haben, diesen Betrag von Herrn Dr. P. einzuziehen.

(N i e r e).

12 PFENNIG
DEUTSCHE POST

12 PFENNIG
DEUTSCHE POST

Herrn

Dr. med. Hübner

Bezirksstelle Verden
der Ärztekammer Niedersachsen
Verden/Aller
Sprecher: German

Stadt Rehburg

340147

340148

Bezirksstelle Verden
der Ärztekammer Niedersachsen

Herrn
Dr. med. H ü b n e r

Rehburg-Stadt

Kreis Nienburg

Fernruf: Verden 410

Postscheck-Konto:
Hannover 753 65

Bank-Konto:
Sparkasse des Kreises Verden
Abt. Stadt Verden, Nr. 3269

Ihr Schreiben vom: Unsere Zeichen: 17.11.1947

VERDEN, den N./E.
Bahnhofstr. 19

Betr.

Sehr geehrter Herr Kollege !

Ihr Niederlassungsantrag ist inzwischen zur Entscheidung über die Ärztekammer Niedersachsen an den Herrn Minister weitergeleitet worden.

Die Bezirksstelle teilte Ihnen bereits Anfang dieses Monats mit, dass Ihre Vertretung am 31. Dezember d.J. abläuft. Sofern Ihrem Niederlassungsantrage bis dahin stattgegeben wird, können Sie weiterpraktizieren. Wie Ihnen jedoch bereits fernmündlich mitgeteilt wurde, ist eine Beteiligung an der Kassenpraxis in keinem Falle möglich.

Mit kollegialem Gruss !

(Dr. Gohde)



Herrn

Dr. med. Hübner

Bezirksstelle Verden
der Ärztekammer Niedersachsen
Verden / Aller
Sprache: German

Rehburg - Stadt

Krs. Nienburg

340149

340150

Bezirksstelle Verden
der Ärztekammer Niedersachsen

Herrn
Dr. med. H ü b n e r
Rehburg-Stadt

Kreis Nienburg

Fernruf: Verden 410
Postscheck-Konto: Hannover 75365
Bank-Konto: Sparkasse des Kreises Verden Abtlg. Stadt Verden, Nr. 8269

Ihr Schreiben vom:

Unsere Zeichen: N./E.

(23) VERDEN, den 7.1.1948
Bahnhofstraße 19

Betr.

Sehr geehrter Herr Kollege !

Die nehme Bezug auf die gestern mit Ihnen gehabte persönliche Unterredung und bestätige Ihnen hiermit, dass entgegen dem Schreiben der Bezirksstelle vom 17.11.v.J. das alte Verhältnis bis zum 31. März d.J. weiterhin Gültigkeit hat, da anzunehmen ist, dass bis dahin Ihre Angelegenheit endgültig entschieden sein wird.

Mit kollegialem Gruss !

(Dr. Gohde)



Herrn

Dr. med. Hübner

Bezirksstelle Verden
der Ärztekammer Niedersachsen
Verden/Aller
Sprache: German

Rehburg-Stadt

Krs. Nienburg

340151

Dr.Hübner
Rehburg St.

Rehburg St.,d.26.4.48

Abschrift von Abschrift.

Dr.med. Otto Clasen
20a Bad Rehburg
ü. Wunstorf

Bad. Rehburg,den 11.3.48

340152

An den
Leiter der Bezirksstelle Verden
der Ärztekammer Niedersachsen
Herrn Dr.med. Gohde
Verden(Aller)
Bahnhofstr.19

Sehr geehrter Herr Kollege!

Hiermit möchte ich mich über ein unkollegiales ~~Verhalten~~ und standeswidriges Verhalten von dem Kollegen Hübner in Stadt Rehburg beschweren. Er hat im Beisein einer Gemeindeschwester meine ärztliche Behandlung kritisiert und sich dabei angeboten. Der Angelegenheit liegt folgender Sachverhalt zugrunde:
Vor mehreren Wochen wurde ich zu einer Fehlgeburt nach Mardorf gerufen. Ich lehntezunächst ein Kommen ab, da ich keinen Wagen zur Verfügung hatte. Daraufhin wurde ich von einem Mietswagen abgeholt und habe die Fehlgeburt zu Ende geleitet. Am nächsten Tag wurde ich um telefonischen Rat gebeten, was die Patientin gegen eine Stauungsmastitis unternehmen könnte. Ich verordnete Hochbinden der Brüste und feuchte Umschläge. Später wurde ich von der Patientin nicht wieder zu Rate gezogen. Anscheinend trat eine eiterige Mastitis ein. Dr.med. Hübner wurde dann zur Behandlung geholt, der eine Incision vornehmen musste. Dabei hat Kollege Hübner geäussert, dass, wenn er die Behandlung von vornherein übernommen hätte, diese Mastitis nicht eingetreten wäre. Er hätte eine ganz andere Behandlung eingeschlagen. Ich finde dies Vehalten von dem Kollegen unglaublich. Wie ich dabei erfahren habe, sol er ähnliche Äusserungen auch über die Behandlungsweise des Kollegen Meyer aus Stadt Rehburg gemacht haben und sich in jeder Hinsicht den Patienten anbieten.
Auf ein Schiedsgerichtsverfahren lege ich keinen Wert. ich möchte Sie nur bitten, den Kollegen Hübner darauf hinzuweisen, sich mit Äusserungen anderen Kollegen gegenüber im Beisein von Patienten standesgemäss zu verhalten. Ich bitte auch um Ihre Stellungnahme.

Mit kollegialer Hochachtung!

Unterschrift.

Rehburg Stadt,d.16.4.48

340153

Dem
Herrn Oberkreisdirektor des Kreises
N i e n b u r g a.W.

Ich habe vor längerer Zeit die Freilassung meines PKW's beim dortigen Strassenverkehrsamt beantragt.
Ich bin als praktischer Arzt in Stadt Rehburg tätig und werde in die Dörfer Mardorf, Brokeloh, Winzlar, Münchehagen und Loccum gerufen. Ich habe die Praxis anfänglich zu Fuss und mit dem Fahrrad bewältigt. Bei Beginn meiner Tätigkeit hatte ich 32 Kassen-u.entsprechend Privatpatienten im Vierteljahr zu versorgen. Im letzten Vierteljahr habe ich ca. 550 Kassenscheine abgerechnet. Während ich zu Anfang die Praxis gut zu Fuss und per Fahrrad versorgen konnte, ist das jetzt unmöglich Ich habe dem Strassenverkehrsamt mitgeteilt, dass ich im letzten Vierteljahr etwa 1000 Km zurückgelegt habe, ich habe auch dem Strassenverkehrsamt Dringlichkeitsbescheinigungen der hiesigen Stadtverwaltg, der Ärztekammer in Verden und des Krankenkassenverbandes in Stolzenau vorgelegt. Ich habe bisher nichts vom Strassenverkehrsamt in dieser Angelegenheit gehört und bitte Sie höflichst sich der Sache anzunehmen.

Hochachtungsvoll!

340154

Bezirksstelle Verden
der Ärztekammer Niedersachsen

Herrn
Dr. med. H ü b n e r

Rehburg-Stadt.

Kreis Nienburg

Fernruf: Verden 410

Postscheck-Konto:
Hannover 753 65

Bank-Konto:
Sparkasse des Kreises Verden
Abt. Stadt Verden, Nr. 3269

Ihr Schreiben vom: Unsere Zeichen: E.

(23) VERDEN, den 23.4.1948
Bahnhofstr. 19

Betr.

Sehr geehrter Herr Doktor !

Am 19.3.1948 übersandte die Bezirksstelle Ihnen ein Schreiben des Herrn Dr. med. Otto C l a s e n , Bad-Rehburg, mit der Bitte um Stellungnahme und Rückgabe.

Da Sie sich bislang zu der Angelegenheit nicht geäussert haben, bitten wir um umgehende Erledigung.



(N i e r e)

Dr. med. Werner Hübner
prakt. Arzt u. Geburtshelfer
Rehburg-Stadt Nr. 2
Tel. 325

Rehburg Stdt, d. 26. 4. 48

340155

Abschrift!

Dem Kassenverband der Land- und A.O.K.
Neustadt a/R.

Auf Ihr Rundschreiben vom 12. 4. 1948 muß ich Ihnen antworten, daß ich eine Überwachung der Patienten durch die Gemeindeschwester für eine Maßnahme halte, welche nicht dazu angetan ist das Verhältnis Krankenkasse-Patient sonderlich zu fördern. Ich glaube auch kaum, daß ein Patient einen ärztlichen Besuch jemals als Kontrollmaßnahme einer Krankenkasse aufgefaßt hat sondern immer in der Person des Arztes den Helfer und nicht den Kontrollbeamten eines Versicherungsinstitutes gesehen hat. ~~Ich habe~~ Im übrigen habe ich während meiner elfjährigen Tätigkeit als Arzt nie einen Krankenbesucher gesehen oder kennengelernt. Ich bin bisher auch immer in der Lage gewesen meine Patienten selbst zu überwachen und Simulanten, Nutznießer und Ausbeuter auf den ersten Blick zu erkennen. ~~Ich halte~~ es vom ärztlichen Standpunkt aus ~~für~~ ist es unfair ausgerechnet eine Gemeindeschwester als Kontrollperson dem Patienten gegenüber, wohl aber auch dem Arzt vor die Nase zu setzen. Ich glaube

auch kaum, daß Herr Medizinalrat Dr. Wülfing seine Befunde bzw. seine Anordnungen bei Patienten durch seine Kreisfürsorgerin gern kontrolliert sähe.

Hochachtungsvoll!

[illegible signature]

340156

Bezirksstelle Verden 340157

der Ärztekammer Niedersachsen

Herrn

Dr.med. Hübner

Stadt Rehburg

Krs.Nienburg.

Fernruf: Verden 410

Postscheck-Konto:
Hannover 75365

Bank-Konto:
Sparkasse des Kreises Verden
Abt. Stadt Verden, Nr. 3269

Ihr Schreiben vom: Unsere Zeichen: N./Lg.

VERDEN, den 10.Juni 48

Betr.

Sehr geehrter Herr Kollege !

Sie haben im Herbst v.Js. Herrn Dr.Parow in Rehburg vertreten. Dieser teilt nun der Bezirksstelle mit, dass Sie nach Beendigung der Vertretung und erfolgter Abrechnung mit ihm noch weitere Rechnungen unter gröbster Verletzung des mit Ihnen abgeschlossenen Vertrages für sich liquidiert haben. Als Beweis werden uns 2 Rechnungen zugeschickt, und zwar handelt es sich um folgende:

1. Frau Mackeben, Rehburg-Stadt 75
2. Herrn Balke, Rehburg-Stadt 125.

Ich bitte um Ihre Stellungnahme hierzu.

Mit kollegialem Gruss
Der Leiter

(Dr. Gohde) .



Herrn

Dr. med. Hübner

Stadt-Rehburg

Krs. Nienburg

340158

17.6.48

An
den Herrn Leiter der Bezirksstelle
V e r d e n a. A.

340159

Sehr geehrter Herr Kollege!

Ich habe im vorigen Herbst mit Dr. Parow überhaupt keinen Vertrag gemacht. Die Liquidation meinerseits erfolgte aus dem Grunde, weil ich mich verpflichtet hatte die laufenden Unkosten zu tragen. Diese konnte ich ja kaum von meinem eigenen Geld bezahlen, da ich zu dieser Zeit, Herr Dr. Parow meint das Jahr 1946, keinen Pfennig besass. Ausserdem merkte ich recht bald, dass ich den vertraglich ausgemachten Betrag für Vertretergebühren nie erarbeiten konnte, da überhaupt kaum Patienten kamen. Mein Verdacht bestand zu Recht, denn Dr.P. hat mir bis heute nicht einen Pfennig für die Vertretung gezahlt, sodass er mir aus dieser Zeit noch etwa 4oo,-Mark schuldet.Herr Dr.P.hat nie mit mir abgerechnet, sondern sich immer darum gedrückt.Ausserdem habe ich für ihn für die Zeit vom März bis incl.Juni 1947 seine Miete in Höhe von 16o,-Mark verauslagt,15,-für bestellte und nicht abgeholte Geschäftspapiere bezahlt und 16,74 Mark von der Bezirksstelle in Verden für ihn übernommen. Ich habe somit noch heute 591,74 Mark von Herrn Dr.P. zu bekommen.
Ich finde es etwas merkwürdig, dass sich Herr Dr.P. ausgerechnet jetzt an Sie mit seiner Beschwerde wendet, nachdem er vor kurzem etwa 14 Tage

lang in Rehburg zum Besuch war. Solltex diese Beschwerde andere Hintergründe haben, dann bitte ich den interessierten Herren mitteilen zu wollen, dass ich auf derartige oder ähnliche Unterschiebungen in Zukunft nicht mehr antworten werde.

Mit kollegialer Hochachtung!

Verden, den 15. 6. 48

340161

Betr.: Eintragung ins Arztregister

Sie sind im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung, Körperschaft öffentlichen Rechts, Bezirksstelle Verden

1. von Amtswegen
   a) ~~als zugelassener Kassenarzt~~
   b) als an der Kassenpraxis beteiligter Arzt
2. ~~auf Ihren Antrag hin am .... als Anwärter auf die Kassenpraxis~~

unter Nr. 146 eingetragen.

Kassenärztliche Vereinigung
Körperschaft öffentlichen Rechts
Bezirksstelle Verden

[signature]

Geschäftsführer.

340162

DRUCKSACHE

Herrn

Dr. med. Hübner



Stadt-Rehburg

Kreis Nienburg



340163

Verden, den 6. 5. 1950.

Betr.: **Festsetzung der Beiträge zur Ärztekammer Niedersachsen für das Jahr 1950 (einschließlich Fürsorge)**

Die Kammerversammlung hat für das Jahr 1950 die Ärztekammerbeiträge wie folgt festgesetzt:

1. für niedergelassene Ärzte (einschl. Fürsorge) 440,— DM jährlich
2. für angestellte Ärzte
   a) ohne Nebentätigkeit 16,— DM
   b) soweit sie über Nebeneinnahmen verfügen (Gutachtertätigkeit, Privatpraxis usw.) 56,— DM
3. für Volontärärzte, Pflichtassistenten und Ärzte ohne Tätigkeit 6,— DM
4. für beamtete Ärzte
   a) ohne Nebentätigkeit 12,— DM
   b) soweit sie ärztl. Nebentätigkeit ausüben (Privatpraxis, Gutachtertätigkeit) 52,— DM

Demzufolge wurden Sie für das Jahr 1950 mit insgesamt

DM 440,--

veranlagt und werden gebeten, diesen Betrag auf das Konto der KV Bezirksstelle Verden bei der Kreissparkasse Verden — Abt. Stadt — Konto-Nr. 3269 zu überweisen.

Bei den Kassenärzten wird der Betrag der Einfachheit halber von der Vierteljahresabrechnung einbehalten.

Stundungen, Erlasse oder Ermäßigungen werden nur in dringenden Fällen auf Antrag gewährt. Der begründete Antrag muß bei der Bezirksstelle eingereicht werden und wird zur Entscheidung an den Beitragsausschuß der Ärztekammer Niedersachsen weitergeleitet.

Ärztekammer Niedersachsen,
Bezirksstelle Verden.

340164.



DRUCKSACHE

Ärztekammer Niedersachsen
Bezirksstelle Verden



Herrn

Dr.med. Hübner



Stadt Rehburg

Bezirksstelle Verden
der
Ärztekammer Niedersachsen
Körperschaft öffentl. Rechts
Verden - Aller
Fernsprecher 410

Sonderabdruck (Nicht im Handel)
aus „Der Chirurg“, 19. Jahrgang, 12. Heft, Dezember 1948, S. 550/51.

Springer-Verlag, Berlin · Göttingen · Heidelberg.

Zur Behandlung eitrig-septischer Gelenkentzündungen und Frakturen im geschlossenen ungepolsterten Gipsverband.

Von Dr. WERNER HÜBNER, Rehburg (Stadt).

Vor einiger Zeit fiel mir ein Sonderdruck aus der Münchener medizinischen Wochenschrift aus dem Jahre 1918, Nr. 29 in die Hände, in welchem Prof. Dr. KARL RITTER, ehem. Direktor der Chirurgischen Abteilung des Stadtkrankenhauses in Posen, erstmalig für einen geschlossenen ungepolsterten Gipsverband bei septischen Gelenkentzündungen und Frakturen eintritt, nachdem A. BIER um die gleiche Zeit etwas ähnliches mit seinem Gaudafil-Deckverband zu erreichen versuchte.

Seit jener Veröffentlichung sind jetzt 30 Jahre vergangen und in der Zwischenzeit sind viele Arbeiten über Für und Wider erschienen. Insbesondere hat A. LÄWEN, früher Königsberg i. Pr., bei jeder Gelegenheit vor dieser Art von Verband gewarnt. Ich hatte im letzten Krieg Gelegenheit, ein großes Material zu beobachten und wertvolle Unterlagen zu sammeln, über welches ich an dieser Stelle berichten will.

Die Versorgung einer infizierten Fraktur bzw. eines Gelenkes spielt nicht nur in der Kriegschirurgie eine gewichtige Rolle, sondern stellt den Chirurgen auch in Friedenszeiten oftmals vor Probleme. Meine Beobachtungen erstrecken sich lediglich auf das Gebiet der Kriegschirurgie, von welchem aus sich jedoch manche Parallele auf das Gebiet der Unfallchirurgie übertragen läßt.

Jeder, der einmal die Ankunft eines Lazarettzuges in einem Reservelazarett miterlebt hat, wird sich an die oft regelrecht verfaulten geschlossenen Gipse an den Gliedmaßen erinnern, in welchen es von Läusen wimmelte. Bei der sofort vorgenommenen Entfernung der Gipse konnte man mit dem besten Willen nicht von eingeschränkter Sekretion sprechen. Wie oft kam es vor, daß man sich, nachdem die Verwundung erst kurze Zeit zurücklag, entschließen mußte, eine Amputation vorzunehmen, da die eigentliche Verwundung unter dem geschlossenen Gips zum septischen Herd geworden war.

Als Beispiel erinnere ich mich an einen 21 Jahre alten Landwirtssohn, welcher einen glatten Tibiakopfdurchschuß hatte. Röntgenologisch war keine Gelenkverletzung festzustellen, man mußte sie infolge der Lage des Schußkanals sogar ausschließen. Die Gliedmaße war zirkulär ungepolstert eingegipst, als der junge Mann ankam, nachdem er 14 Tage vorher verwundet war. Bei der Ankunft bestanden septische Temperaturen, der Allgemeinzustand war aufs schwerste geschädigt. Bei der Abnahme des Gipses fand sich eine schwere Kniegelenksinfektion, welche unter dem geschlossenen Gips nicht festgestellt war. Trotz sofortiger Eröffnung des Gelenkes, Rivanolspülungen, Bluttransfusion, Sulfonamidgaben und anschließender Amputation war der junge Mensch nicht mehr zu retten

Viele derartige Schicksale sind uns allen während des Krieges bekannt geworden, und ich habe sowohl in der Heimat als auch an der Front immer vor dem Gebrauch des geschlossenen Gipsverbandes gewarnt. Durch meine Gefangennahme in Budapest am 12. Februar 1945 hatte ich Gelegenheit mir eine endgültige abschließende Meinung über die Folgen bei der Verwendung des geschlossenen Gipsverbandes zu machen. Mit 1625 Schwerverwundeten geriet ich in Gefangenschaft und hatte Gelegenheit diese später in einem Budapester Lazarett und anschließend in Cegléd zu betreuen.

Bei den Verwundeten handelte es sich größtenteils um Extremitätenverletzungen Die Arme und Beine waren aus deutschen Lazaretten noch mit gefensterten Gipsen ruhiggestellt, oder waren auf Behelfsschienen gelagert Eines Tages mußten auf höheren Befehl hin sämtliche Gliedmaßen mit einem ungepolsterten zirkulären und ungefensterten Gips versehen werden. Vorgesehen waren hierfür 418 Verwundete. Nachdem 182 Verletzte eingegipst waren, ging der Gips aus. Vom Sanitätspersonal wurde bei den 182 Verwundeten, welche in drei großen Sälen gesondert untergebracht waren, sorgfältigst die Temperaturen kontrolliert. Nach 2tägiger Beobachtung fand ich bei 14 Patienten eine Temperaturerhöhung zwischen 39 und 40°. Bei 37 Verletzten stieg das Fieber am 3. Tag, während sich die Zahl der Fiebernden am 4. Tag auf 83 erhöhte. Am 9. Tag zählte ich 117 septische Infektionen, als ich mich entschloß, beim Lazarettkommandanten vorstellig zu werden. Dank der Vernunft und des medizinischen Verantwortungsbewußtseins erhielt ich die Erlaubnis, nach eigenem Ermessen zu handeln. Die Gipse wurden versuchsweise gefenstert und wo erforderlich heruntergeschnitten. 23 Patienten entfieberten dank ihrer eigenen Abwehrkräfte. Für jeden Patienten gab es zusätzlich eine Tablette des ungarischen Sulfonamids Ultraseptyl. 6 Patienten verstarben kurze Zeit nach der Gipsabnahme an den Folgen einer ausgesprochenen

Sepsis. Von den noch lebenden 88 Verwundeten mußten 31 amputiert werden. Es starben bei der Amputation bzw. kurze Zeit darauf 25 Menschen. Somit war ein Drittel der Septischen verloren. Der Rest mußte gelegentlich einer neuen Gipsaktion wiederum eingegipst werden. Ein nochmaliger Verlust von 9 Patienten brachte somit bei einem Personenkreis von 182 Menschen eine Mortalitätsziffer von 22,2%.

Eine einberufene Besprechung sämtlicher Lazarettärzte ergab, daß die ungarischen Kollegen die gleiche Feststellung gemacht hatten, so daß man nach schwerem Ringen doch endlich vom geschlossenen Gipsverband Abstand nahm.

Nachdem es mir vergönnt war den größten Teil der Überlebenden von Budapest in das schöne Pusztastädtchen Cegléd zu begleiten, konnte ich erneut gegen die Verwendung des geschlossenen Gipsverbandes Stellung nehmen, denn auch hier war mir das Leben von etwa 1000 Mann anvertraut. Durch verständnisvolle Zusammenarbeit mit dem russischen Majorarzt FELDMANN und der Kapitänin SIMAKOWA entwickelte sich ein hervorragender chirurgischer Betrieb, welcher durch wissenschaftlichen Gedankenaustausch zwischen russischen, deutschen und ungarischen Ärzten ergänzt wurde und wirklich als mustergültig anzusprechen war. In der Hauptsache fielen in diesem Lazarett Osteomyelitiden an, welche bislang hier, nachdem sie operiert waren, zirkulär und ungefenstert eingegipst wurden. Die Russen legten nach erfolgter Säuberung der Höhle eine Jodoformpastenplombe in diese ein. Im Anfang sah ich mich gezwungen, nach gleicher Methode zu arbeiten, erreichte dann bald, daß ich an Stelle des Jodoforms Ultraseptyl verwenden konnte. Trotzdem drohte sich durch den fest darüberliegenden Gips, welcher der Sekretion keinen Abfluß gewährte, das Bild wie in Budapest zu entwickeln. Ich gipste dann zunächst einen Gummischlauch mit ein, welcher nach Trockenwerden des Gipses herausgezogen wurde, und hoffte so den Abfluß zu fördern. Aber es stellte sich bald heraus, daß auch diese Methode zu keiner Besserung führte. Nach gemeinsamer Besprechung wurden dann die Gipse doch wieder gefenstert. Temperaturerhöhungen gingen spontan zurück. Sonnenbestrahlungen der Wunden förderten den Heilprozeß. Fensterödeme gingen bei entsprechender Behandlung gut und schnell zurück.

Auch hier gelang es durch verständnisvolle Zusammenarbeit, vielen jungen Menschen das Leben zu retten, indem man davon Abstand nahm, an der Idee des ungepolsterten zirkulären geschlossenen Gipses festzuhalten.

Abschließend ist zu erwähnen, daß es sich bei den Beobachtungen um durchweg junge Menschen handelte, welche in der Zeit vom 24. 12. 44 bis zum 12. 2. 45 im Kessel von Budapest waren und größtenteils nur von Wasser und Pferdefleisch gelebt hatten, und deren Abwehrkräfte aufs schwerste geschädigt waren.

Ich glaube jedoch kaum annehmen zu können, daß sich in der Unfallchirurgie ein anderes Resultat bei derartigen Untersuchungen finden würde.

Es erscheint in jedem Falle ratsam an der Methode des Fenster- bzw. Brückengipses festzuhalten und nur in besonders günstig gelagerten Fällen den ungefensterten zirkulären Gips bei infizierten Frakturen oder Gelenkentzündungen zu wählen.

Druck der Universitätsdruckerei H. Stürtz AG., Würzburg

Zur Behandlung eitrig-septischer Gelenkentzündungen und Frakturen im geschlossenen Verband.

Vor einiger Zeit fiel mir ein Sonderdruck aus der Münchener medizinischen Wochenschrift aus dem Jahre 1918 Nr. 29 S. 777-81 in die Hände, in welchem Prof. Carl Ritter, ehem. Direktor der chirurg. Abteilung des Stadtkrankenhauses in Posen erstmalig für einen geschlossenen Gipsverband bei sept. Gelenkentzündungen und Frakturen eintritt, nachdem Bier um die gleiche Zeit etwas ähnliches mit seinem Zaudapil-Deckverband zu erreichen versuchte.

~~Nachdem~~ Seit dieser Veröffentlichung sind 30 Jahre vergangen ~~sind~~ und in dieser Zeit sind viele Arbeiten über für und wider erschienen ~~sind~~.

Ich hatte ~~sich~~ Gelegenheit im letzten Krieg ein großes Material zu sammeln, über welches ich an dieser Stelle berichten will.

Die Versorgung eines infizierten Frakturs bzw. eines Gelenkes spielt nicht nur im Krieg eine gewichtige Rolle, sondern stellt den Chirurgen auch in Friedenszeiten ~~besonders in der Unf~~ vor manches Problem. Meine hier wiedergegebenen Beobachtungen erstrecken sich lediglich auf das Gebiet der Kriegschirurgie, von welchem aus sich jedoch manche Parallele auf das Gebiet der Unfallchirurgie übertragen läßt.

Jeder, der einmal die Ankunft eines Lazarettzuges in einem Reservelazarett miterlebt hat, wird sich an die oft regelrecht verfaulten geschlossenen Gipse an Extremitäten erinnern, in welchen es vor Läusen wimmelte. Bei der dann vorgenommenen Entfernung der Gipse konnte man kaum von eingeschränkter Sekretion oder abgeschwollenen Gliedmaßen reden. Wie oft kam es vor, daß man sich, nachdem die Verwundung kaum 14 Tage zurücklag, entschließen mußte, eine Amputation vorzunehmen weil infolge mangelhaften Eiterabflusses, die eigentliche Verwundung zum sept. Herd geworden war.

Ich erinnere mich an einen 21 Jahre alten ~~Soldaten, von Beruf~~

Landwirt, welcher einen glatten Tibiakopfdurchschuß hatte, wobei das Gelenk auf Grund des Röntgenbefundes primär nicht beteiligt sein konnte. Der Mann kam mit einem festen zirkulären Gips in der Heimat an. Seit der Verwundung waren 14 Tage vergangen. Es bestanden ausgesprochene septische Temperaturen, der Allgemeinzustand war aufs schwerste geschädigt. Trotz sofortiger Eröffnung des Gelenkes und Rivanolspülungen, sowie Bluttransfusionen, Sulfonamiden und anschließender Amputation, war der junge Mensch nicht mehr zu retten. Viele solche Einzelschicksale sind mir bekannt, und ich mußte die unausbleiblichen Folgen in jedem Fall auf einen geschlossenen Gipsverband zurückführen. Ich habe auf Grund meiner Heimaterfahrungen an der Front stets vor dieser Art von Verbänden gewarnt

Durch meine Gefangennahme in Budapest am 12. Februar 1944 hatte ich Gelegenheit mir ein endgültiges abschließendes Urteil über den geschlossenen Verband zu bilden. Mit 1625 Schwerverwundeten geriet ich in Gefangenschaft und hatte Gelegenheit diese später in einem Budapester Lazarett und anschließend in Cegléd zu betreuen. Bei diesen Verletzten waren größtenteils Extremitätenverletzte, deren Gliedmaßen während der Kesselzeit auf Behelfsschienen gelagert waren. Eines Tages wurde befohlen, daß sämtliche Extremitätenverletzungen zirkulär, ungefenstert, u. ungepolstert eingegipst werden sollten. Vorgesehen waren 418 Verwundete. Nachdem 182 Verletzte eingegipst waren, ging der Gips aus und somit waren der Rest weiterhin mit Behelfschienen versehen. Auf meine Anordnung wurde von dem Sanitätspersonal laufend die Temperatur kontrolliert, außerdem wurden diese 182 Patienten in drei großen Sälen gesondert untergebracht. Diese Sonderregelung gelang mir durch hervorragende kollegiale

Unterstützung des russischen Majorarztes Rakitchen, welcher mir auch bei meinen weiteren Beobachtungen und Arbeiten vollstes Verständnis entgegenbrachte, und dem ich an dieser Stelle für sein kollegiales Verhalten meinen herzlichsten Dank ausspreche.
Nach zweitägiger Beobachtung fand sich bei 14 Patienten eine Temperaturerhöhung auf 39°. 37 Patienten hatten am 3. Tag 39° Fieber, während sich die Zahl der Fiebernden am 4. Tag auf 83 erhöht hatte. Im ganzen waren es am 9. Tag 117 septische Infektionen, als ich mich entschloss beim russischen Lazarettkommandanten vorstellig zu werden. Dank der Vernunft und des medizinischen Verantwortungsbewusstseins des Kollegen, erhielt ich die Erlaubnis nach eigenem Ermessen zu handeln. Die Gipse wurden versuchsweise gefenstert, und wo es erforderlich war heruntergeschnitten. 23 Patienten entfieberten dank ihrer eigenen Abwehrkräfte. Für jeden septischen Kranken gab es pro Tag eine Tablette des ungarischen Sulfonamids „Ultraseptyl". 6 Patienten verstarben kurze Zeit nach der Gipsabnahme. Von den noch lebenden 88 Verwundeten mussten 31 amputiert werden. Es starben bei der Amputation, bzw. kurze Zeit darauf, 25 Menschen. Somit war bereits $\frac{1}{3}$ der Septischen verloren. Die übrigen 63 mussten gelegentlich einer neuen Gipsaktion wiederum eingegipst werden. Ein nochmaliger Verlust von 9 Patienten brachte somit bei einem Personenkreis von 182 Menschen eine Mortalitätsziffer von

22,2 %. Eine einberufene Besprechung sämtlicher Lazarettärzte ergab, daß die ungarischen Kollegen leider die gleiche Feststellungen gemacht hatten, worauf man endgültig nach schwerem Ringen von dem geschlossenen Gipsverband Abstand nahm.

Nachdem es mir vergönnt war den größten Teil der überlebenden Verwundeten von Budapest in das schöne Pusztastädtchen Cegléd zu begleiten, konnte ich wiederum meinen Kampf gegen den ungefensterten Gips aufnehmen und erfolgreich durchfechten. Auch hier war mir das Leben einiger Tausend gefangener deutscher Soldaten als einzigem Chirurgen anvertraut. Durch verständnisvolle Zusammenarbeit mit dem russischen Majorarzt Feldmann sowie der Kapitänin Simakowa entwickelte sich ein hervorragender chirurgischer Betrieb, welcher durch wissenschaftlichen Gedankenaustausch zwischen russischen, deutschen und ungarischen Kollegen als mustergültig anzusprechen war.
In der Hauptsache fielen in diesem Lazarett Osteomyelitiden an, welche natürlich ~~von russischer Seite~~ zirkulär und ungefenstert eingegipst wurden. Die Russen legten nach erfolgter Säuberung der Knochenhöhle eine Jodoformpastenplombe in dieselbe und gipsten dann ein. Im Anfang sah ich mich gezwungen nach gleicher Methode zu operieren, erreichte dann aber bald, daß an Stelle einer Jodoformpasteneinlage in die Höhle Ultraseptylpuder eingestreut würde. Trotzdem drohte sich das gleiche Bild wie in

Budapest zu entwickeln. Nach gemeinsamen Besprechungen wurden versuchsweise die Gipse gefenstert und es ergab sich, daß die Temperaturen absanken und die lokalen Reaktionen unter dem Einfluß von Sonnenbestrahlung schnell zurückgingen. Fensterödeme wurden ebenfalls durch entsprechende Behandlung in Kürze beseitigt. – Auch hier gelang es durch verständnisvolle Zusammenarbeit vielen jungen Menschen das Leben zu retten, indem man davon Abstand nahm an der Idee des ungefensterten Gipses festzuhalten.

Abschließend ist zu erwähnen, daß es sich bei den Beobachtungen um Menschen handelte, welche in der Zeit vom 24.12.44 bis zum 25.2.45 in Budapest im Kessel saßen und teilweise nur von Wasser und Pferdefleisch gelebt hatten, und deren Abwehrkräfte aufs schwerste geschädigt waren. Ich glaube jedoch kaum annehmen zu können, daß sich im zivilen Leben ein anderes Bild ergeben würde, wenn man derartige Massenuntersuchungen anstellt. Es erscheint doch ratsam an der Methode des Fenster= bzw. Brückengipses festzuhalten und nur in besonders günstig gelagerten Fällen den ungefensterten zirkulären Gips bei infizierten Frakturen und Gelenkentzündungen zu wählen.

[Signature]

Der psychogene Tod in der Kriegsgefangenschaft und Maßnahmen zu seiner Verhütung und Therapie

Von *Kl.-D. Stumpfe*

Zusammenfassung
Die Symptome des Todes aus psychischen Ursachen bei Kriegsgefangenen werden aufgezeigt, die in körperlicher Hinsicht aus einer motorischen Passivität und in psychischer Hinsicht aus einer Regression, Apathie und Resignation bestehen. Die therapeutischen Maßnahmen, die bei einem frühzeitigen Erkennen des Geschehens eingeleitet werden müssen, setzen sich zusammen aus der gewaltsamen Durchführung von aufmunternden und aufreizenden Handlungen, bis der Betroffene Zeichen einer affektiven Regung zeigt und den Willen zum Leben wiedergewonnen hat. Ein Zusammenhang mit organischen Erkrankungen wird in der Literatur nicht angegeben.
Als Vorsorgemaßnahme wird eine Unterrichtung des Soldaten schon in der allgemeinen Ausbildung über die Verhältnisse des Gefangenendaseins gefordert. Im Gefangenenlager muß als prophylaktische Maßnahme eine funktionierende soziale Struktur geschaffen werden. Der einzelne muß im Rahmen seiner sozialen Gruppe mitmenschliche Hilfe in psychischer und materieller Hinsicht erhalten, um das Gefühl eines hilflosen Ausgeliefertseins den Umweltverhältnissen gegenüber überwinden zu können.

The Psychogenic Death in Prisoners of War and Measures for its Prevention and Therapy

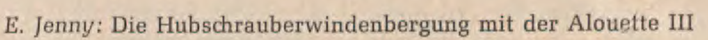
Summary
The symptoms of death from psychic causes in prisoners of war are set out. They consist physically of a motoric passivity and mentally of a regression, apathy and resignation. The therapeutic measures which must be introduced with early recognition of the process consist of the forcible carrying out of stimulating and provocative actions, until the subject shows signs of affective excitation and has regained the will to live. A connection with organic diseases is not indicated in the literature.

As a precautionary measure, instructing the soldier on the conditions of existence in prison is already called for during his general training. A functioning social structure must be created in the prison camp as a prophylactic measure. The individual must receive neighbourly help in mental and material things within the sphere of his social group, in order to be able to overcome the feeling of being helplessly surrendered to environmental conditions.

In der Kriegsgefangenschaft beträgt die Sterberate unter härteren Lebensbedingungen im Durchschnitt 30–40% (*Kornhuber*, 1961; *Schenk*, 1965; *West*, 1958; *Segal*, 1957). Dies ist ein hoher Prozentsatz, zumal man im allgemeinen der Meinung ist, daß nach der Gefangennahme für den Betroffenen der Krieg, d. h. die Gefahr des Zu-Tode-Kommens, vorbei ist.
Vom ärztlichen Standpunkt aus wäre zu verlangen, daß jeder Soldat entsprechende Verhaltensmaßregeln erhält, da das Gefangenendasein körperliche und psychische Verhaltensweisen erfordert, die im militärischen Alltagsleben nicht auftreten, wie es auch *Brikkenstein* (1973) als wehrpsychiatrische Aufgabe fordert. Wenn Techniken erprobt unt trainiert werden für das Überleben auf See, im Dschungel oder in sonstigen Ausnahmesituationen, in die nur eine geringe Anzahl von Menschen kommt, so sind erst recht Vorsorgemaßnahmen für die Kriegsgefangenschaft zu fordern, in die Millionen von Soldaten geraten. Ein Trainingsprogramm für ein „ehrenhaftes Überleben als Kriegsgefangener" entwickelte *West* (1958).
In bestimmten Situationen der Kriegsgefangenschaft kann ein Mensch allein aus psychischen Ursachen ohne erkennbare organische Erkrankungen sterben. Dieses Phänomen wird als psychogener Tod bezeichnet, d. h. durch psychische Faktoren wird ein Geschehen ausgelöst, das Veränderungen im Organismus verursacht, die zum Tode führen.

Die Berichte über den psychogenen Tod von Kriegsgefangenen verschiedener Nationalität bei unterschiedlichen Gewahrsamsmächten, in deutschen Konzentrationslagern und bei Naturvölkern auf der ganzen Welt sind in der Monographie „Der psychogene Tod" (*Stumpfe* 1973) zusammengestellt worden und können dort im einzelnen nachgelesen werden.

Die Gefangenenlager, in denen psychogene Todesfälle beobachtet wurden, weisen härtere bis schwere Lebensbedingungen auf. Das Individuum steht in einem dauernden Abwehrkampf, um zu verhindern, daß ihm Teile seiner Lebensbasis genommen werden. In psychischer Hinsicht ist die Lage dadurch gekennzeichnet, daß der Mensch durch die dauernde seelische und organische Bedrängnis sich in einer chronischen psychischen und körperlichen Anspannung und Beunruhigung befindet. Durch das Gefangensein besteht für ihn keine Möglichkeit, diesen ihn dauernd bedrängenden Kräften auszuweichen oder zu entgehen. Er findet keinen Platz und keine Zeit für ein Ausruhen oder Entspannen. Hinzu kommt die Unwissenheit über die Dauer der Gefangenschaft.



der Antransport in nachstehender Reihenfolge durchgeführt werden:
Kommandant der Bergungsmannschaft – 2 weitere Bergrettungsmänner – *Geräte* (z. B. Stahlseilgerät) – die übrige Rettungsmannschaft.
Durch Einhalten dieser Reihenfolge wird insofern Zeit gewonnen, als die ersten drei Rettungsmänner mit den vorhandenen Geräten bereits die Station aufbauen können (z. B. Verankerung), während die übrige Mannschaft erst antransportiert wird.
Bei jedem alpinen Rettungseinsatz mit Hubschrauberwinde fliegen ein *Windenführer* (= Bordmechaniker), ein *Flugretter* und nach Möglichkeit ein *Flugrettungsarzt* mit an die Bergestelle. Taktische Überlegungen bestimmen die Reihenfolge des Antransportes, wenn z. B. in großen Höhen pro Flug nur eine Person transportiert werden kann.
Eine Liste mit *Erreichbarkeitsadressen* bzw. Telefonnummern der im territorialen Bereich zur Verfügung stehenden Flugretter und Flugrettungsärzte muß am Hubschrauberstützpunkt aufliegen.
Ein *Wochenend- bzw. Feiertagsbereitschaftsdienst* eines Flugretters bzw. Flugrettungsarztes am Hubschrauberstützpunkt wurde in unserem Bereich eingeführt und hat sich bestens bewährt.
Eine *tägliche* Meldung über *Erreichbarkeit* eines Flugretters und eines Flugrettungsarztes an den Hubschrauberstützpunktkommandanten wird durchgeführt.
Notwendige Ausstattung der für alpine Flugrettungseinsätze in Betracht kommenden Hubschrauberstützpunkte:

a) Alpinausrüstung und Rettungsgeräte
b) Sanitätsausrüstung
c) Survival bag (Überlebensrucksack)
d) Funkausstattung.

Wichtig:
Sanitäts-, Alpin-, Bergrettungs- und Funkausrüstung sind *stets unabhängig* vom Survival bag – dem jeweiligen Einsatz entsprechend – mitzuführen, da im Überlebensrucksack diese nicht berücksichtigt sind!

Abb. 1, 4, 6 und 7: Dr. *Maurer;* Abb. 2, 3 und 5: Militärkommando Tirol.

Anschr. d. Verf.: ObstltArzt Dr. *Elmar Jenny,* Feldambulanz/6. Jägerbrigade, Conradkaserne, A-6020 Innsbruck.

Buchbesprechungen

Taschenbuch für den Sanitäts- und Gesundheitsdienst der Bundeswehr

Folge 15–1973
Hrsg. von *B. Stolze.*
368 Seiten, zahlreiche Abbildungen, Übersichten und Tabellen. Wehr und Wissen Verlagsgesellschaft mbH, Darmstadt 1973. Preis: Plastikeinband DM 14,80.

Das Taschenbuch für den Sanitäts- und Gesundheitsdienst der Bundeswehr 1973 ist im wesentlichen eine Neuauflage der Ausgabe von 1972. Die Schaubilder und Organigramme sind zum Teil berichtigt, ergänzt oder neu gestaltet worden. Das ist zu begrüßen. Die zusätzlich aufgenommenen Ausführungen über den Dienst des Truppenzahnarztes geben wertvolle Hinweise, besonders für Zahnärzte, die als Sanitätsoffiziere Grundwehrdienst leisten.
Änderungen von Gesetzesvorschriften sind in den Jahren 1972 und 1973 so zahlreich und kurzfristig gewesen, daß die Taschenbuch-Auflage dahinter zurückbleiben mußte. So sind zum Beispiel die Bestimmungen des Unterhaltssicherungsgesetzes für Sanitätsoffiziere im Grundwehrdienst erst im Sommer 1973 grundlegend geändert worden. Die Darstellungen in der hier vorliegenden Auflage sind insoweit überholt. Für den Fall, daß 1974 keine Neuauflage geplant ist, sollte ein kurzer Berichtigungsdruck ins Auge gefaßt werden.
Das eigentliche Taschenbuch ist um einige Seiten erweitert worden. Weggefallen ist der bisherige Anhang „Allgemein-militärisches Wissen". Das ist kein Nachteil. Hierüber ist Literatur in ausreichendem Umfang vorhanden. Es bleibt zu hoffen, daß die diesjährige Verminderung des Umfangs um rund 124 Seiten künftig notwendig werdenden Erweiterungen um so eher – und möglichst ohne Niederschlag auf den Preis – Raum gewähren wird.
Zusammenfassend ist festzustellen: Dieses Taschenbuch ist auch weiterhin ein wertvolles Nachschlagewerk für Sanitätsoffiziere aller Teilstreitkräfte und aller Approbationen. Besonders aktuell sind die Hinweise für wehrpflichtige Sanitätsoffiziere im Grundwehrdienst. Wehrübende Sanitätsoffiziere der Reserve werden es auch künftig als nützliche Erinnerungshilfe schätzen.
Das Büchlein voll gedrängtem Sachwissen wird jeder Sanitätsoffizier stets gern zur Hand nehmen. Man darf dem Taschenbuch auch weiterhin „Glück auf den Weg!" wünschen. *K. J. Penner* (Bonn)

Herzschlagfrequenz und Leistung

Seminar einer kleinen Ergometrie zur Leistungsdiagnostik
Von *F.-L. Schmidt,* Bad Salzuflen.
124 Seiten, 115 Abbildungen und 1 Tabelle. S. Karger AG, Basel 1973. Preis: geb. DM 28,50.

Wie bereits im Vorwort erwähnt, war es nicht die Absicht des Verfassers, eine Ergometrie-Fibel zu schreiben, sondern in kurzer, systematischer Form seine Erfahrungen mit einer einfachen, aber präzisen Methode zur Leistungsdiagnostik niederzulegen. Dafür wird ihm jeder, der sich rasch Information verschaffen will, dankbar sein. Eingangs werden Meß-, Registrier- und Untersuchungsmethoden kurz diskutiert. Ausführlicher sind die Kapitel gehalten, die der Beurteilung der Herzschlagfrequenz und der Elektrokardiographie gewidmet sind. Didaktisch besonders glücklich erscheinen die detaillierten Einzelbeispiele zur Verdeutlichung der allgemeinen Ausführungen. Bei aller Knappheit erreicht so der Informationsgehalt einen größtmöglichen Wert. Dem Musterungsarzt oder dem Truppenarzt, der mit der Beurteilung des Leistungsvermögens junger Menschen befaßt ist, sei diese „Kleine Ergometrie" wärmstens empfohlen. *F. Koller* (Mainz)

Das auslösende Ereignis

Über das auslösende Ereignis finden sich nur vage Angaben: bei geringfügigen Anlässen (*Hassenstein*, 1950), bei schlechten Nachrichten (*Paul*, 1955), nach Absetzen vom Heimattransport (*Brasche*, 1953) oder bei kleinen Änderungen der äußeren Lebensbedingungen (*Paul*, 1955). Es heißt dann nur: „Plötzlich jedoch traf einer von diesen Tausenden seine individuelle Entscheidung: den Willen-nicht-zu-Sterben aufzugeben" (*Braddon*, 1963) oder „Und sehr oft verlor der Gefangene sogar seinen Willen zum Leben" (*Mayer*, 1956). Ein eindeutiges Ereignis ist selten zu beobachten. Die Entscheidung, „den Willen zum Leben aufzugeben", wird anscheinend ganz individuell und weitgehend unabhängig von äußeren Ereignissen getroffen.

Für eine Rettung ist es entscheidend, den psychischen Ablauf so früh wie möglich zu erkennen und Gegenmaßnahmen einzuleiten. Dies ist jedoch schwierig, weil kein eindeutiges auslösendes Geschehen vorhanden ist und die Gefangenen sich selbst nicht als krank melden oder sich bemerkbar machen. Das bedeutet, daß die Erkennung dieser psychischen Lage Aufgabe der Kameraden oder des Sanitätspersonals ist, die von sich aus diesen Zustand diagnostizieren müssen. *Anderson* (1963) weist auf dieses Problem hin: „Aber in einem Lager ..., wo man anfänglich dreitausend Mann zusammengepfercht hatte, war es schwierig, alle Fälle beizeiten aufzufinden."

Der körperliche Zustand

Der Hunger betrifft alle Gefangenen mehr oder weniger gleichmäßig. Da die Berichte überwiegend von Ärzten stammen, die als Gefangene Kriegs- und Lagererfahrungen hatten, ist anzunehmen, daß sie Krankheiten erkannt hätten.

Einige Berichterstatter machen auf die Unabhängigkeit von der körperlichen Verfassung aufmerksam. *Hassenstein* (1950) betont: „Der Einfluß des Seelischen auf den körperlichen Verfall war überraschend groß. Männer, die sich im besonderen Maße abhärmten und grämten, kamen oft auch bei bester Verpflegung nicht über den Zustand des Dystrophikers hinaus. Viele, die schon als Gesunde die Meinung äußerten, die Gefangenschaft nicht lebend überstehen zu können, starben bei geringfügigen Anlässen, während andere, die am Leben hingen, die schwersten Krisen überstanden."

In körperlicher Hinsicht zeigen die Betroffenen keine sichtbaren pathologischen Erscheinungen. Bekannte Krankheiten werden nicht beobachtet oder nur als Begleiterscheinung beschrieben.

Die körperliche Symptomatik besteht in einer völligen Passivität und motorischen Inaktivität. Der Mensch bleibt auf seinem Lager liegen, wendet sich zur Wand, zieht die Decke über den Kopf, spricht kein Wort, rührt sich nicht, wäscht sich nicht, holt sich kein Essen, will auch nicht essen und bleibt im eigenen Kot und Urin liegen. Mit Erstaunen wird bemerkt, daß die Betroffenen jegliche Nahrungsaufnahme verweigern. Dieses Verhalten wird bei dem chronischen Hunger mit Bestürzung festgestellt. Die Ärzte weisen außerdem auf die Vernachlässigung der hygienischen Bedürfnisse hin.

Die psychische Symptomatik

Die psychische Konstellation der betroffenen Gefangenen ist durch eine Regression, Resignation und Apathie charakterisiert. Insgesamt gibt der Mensch jegliches Interesse an der Umwelt auf und ist für seelischen Beistand nicht zugänglich.

Die Regression besteht in dem Zurückziehen in sich selbst. Dieses Aufgeben der Weltzugewandtheit kommt deutlich dadurch zum Ausdruck, daß die Individuen sich die Decke über den Kopf ziehen und sich zur Wand wenden. Hinweise auf irgendwelche Dinge, Ereignisse oder Personen bieten keinen Anreiz mehr für sie. Sie wollen mit niemandem sprechen und bei Erkrankungen sich auch nicht behandeln lassen.

Die Resignation zeigt sich in den Aussprüchen: „Es hat ja doch alles keinen Sinn! Ich habe keine Lust mehr zu leben! Ich muß sterben!" Auch in den beschreibenden Worten kommt sie zum Ausdruck: „Sie sind entmutigt und geben sich selbst auf, sie resignieren und geben alle Hoffnung auf, sie werden verdrossen und lustlos, alles ist ihnen ‚wurscht'."

Die Apathie drückt sich darin aus, daß die Menschen keine Gefühlsäußerungen zeigen und von dem um sie herum ablaufenden Geschehen unbeeinflußt bleiben. Hinweise auf gefühlsmäßige Bindungen an die Heimat, die Familie oder auf Zukunftsplanungen erweisen sich als erfolglos. Ebenso wirkungslos sind Mitteilungen über irgendwelche Folgen der Strafmaßnahmen der Wachmannschaften. Alles ist ihnen gleichgültig.

Aus den Berichten geht nicht hervor, ob überhaupt oder wieweit der psychogene Tod mit dem Verlust einer irgendwie gearteten Zukunftsmotivation zusammenhängt. Die Betroffenen machen anscheinend keine entsprechenden Äußerungen.

Therapiemaßnahmen

Die Reaktion auf das Phänomen des psychogenen Todes ist sehr unterschiedlich. Oft stehen die Beobachter der Erscheinung hilflos gegenüber und betonen die Wirkungslosigkeit aller Maßnahmen. Andere berichten, daß es manchmal gelingt, die Entwicklung zu hemmen und den Patienten zu retten.

Die Autoren sehen die Entwicklung eines psychogenen Todes ziemlich übereinstimmend als eine Frage des Willens an. Sie heben die individuelle unterschiedliche Stärke des Willens oder Kraft des Geistes (*Dibold*, 1958) hervor oder sie stellen einfach fest: „Wer nicht wollte, starb nicht" (*Schilling*, 1948). Auf-

grund der Berichte erscheint es fraglich, ob hierbei ein Wollen im Sinne einer intellektuellen Entscheidung nach logisch durchdachten Überlegungen des „Für und Wider" vorliegt. Es wird nichts angegeben von einem Gedankenaustausch über den Wert eines derartigen Lebens, über Aussichten in der Zukunft oder über die Vorteile und Nachteile des Todes. Man muß annehmen, daß es sich bei den Gefangenen nicht um ein „Nicht-mehr-Wollen", sondern eher um ein „Nicht-mehr-Können" handelt. Der Mittelpunkt dieses Verhaltens liegt wahrscheinlich in den unbewußten Strukturen der menschlichen Psyche (*Schilling*, 1948). Intellektuelle Überlegungen oder Hinweise sind ohne Effekt. Es helfen kein Zureden oder Appelle an die Vernunft, das Verantwortungsgefühl, das Gewissen oder die Treue. Dagegen ist die zwangsweise Durchführung von aktiven Handlungen wirksam, die den Betroffenen in Bewegung halten. Weiterhin muß der Patient aus seiner apathischen Grundhaltung herausgeholt werden durch affektive oder emotionale Maßnahmen, die Ärger, Wut, Zorn oder Freude auslösen.

Nardini (1952) berichtet: „In einigen solchen Fällen waren aktive Maßnahmen lebensrettend – diese umfaßten Hilfe für das Ich mit Lob, Gespräche über die Menschen in der Heimat des Mannes, mit Hinweis auf seine Verantwortlichkeit und seine äußerste Abhängigkeit, und wenn dieses versagte, ihn systematisch zum Ärger aufzustacheln. ... Wenn dieser Haltung nicht mit festem Widerstand durch die Kameraden, Lagerführer oder medizinisches Personal begegnet wurde, folgte unvermeidlich der Tod. Die erfolgreichsten Maßnahmen in der Bekämpfung dieser Reaktion bestanden aus erzwungenem heißen Seifenwasser-Bad, Rasur und Entlausung, besonders appetitlichen Speisen, wenigen Tagen Erholung im Lager und, wenn möglich, vorübergehenden leichteren Arbeitsbedingungen, einer Mischung von freundlichem sympathischen Interesse und Ärger hervorrufendem Verhalten. Der Sieg war gesichert mit den ersten Zeichen eines Lächelns oder Hinweis auf Groll."

„Zwei Dinge schienen den Mann, der nahe am ‚Apathie'-Tod war, zu retten: ihn auf seine Füße zu stellen, indem er irgend etwas unternahm, ganz gleich wie alltäglich es war, und sein Interesse für einige laufende oder zukünftige Probleme zu wecken. Es war gewöhnlich der Einsatz eines Freundes, der mütterlich und drängend das Individuum auf realistische Ziele hin motivierte, oder der Hinweis auf Bindungen an geliebte Personen zu Hause, die ihn aus solch einem Stadium der Resignation rissen" (*Strassmann* u. a., 1956).

Die Berichte zeigen, daß Hilfe für den Patienten nur von außen kommen kann. Von sich aus ist der Gefangene nicht mehr in der Lage, eine entsprechende Umstimmung durchzuführen. Weiterhin wird deutlich, daß irgendeine Gefühlsregung hervorgerufen werden muß, wenn es sein muß, mit Gewalt oder mit erniedrigenden Mitteln. Der Sieg ist erst dann errungen, wenn der Patient irgendeine emotionale Regung zeigt. Bei allen therapeutischen Handlungen dürfen die Helfer nicht mutlos werden, sondern müssen „mütterlich und drängend" weiterwirken, bis der Patient die Krise überwunden hat.

Der Tod

Wenn die Maßnahmen keine Wende herbeiführen, nimmt das Verhängnis seinen Lauf, und der Patient stirbt. *Katz* (1950) und *Nardini* (1952) geben einen Zeitraum von 3–4 Tagen an, *Paul* (1955) von 10 Tagen und *Anderson* (1963) von 3 Wochen. Die Dauer von 3–4 Tagen scheint unter der Berücksichtigung der Berichte von den Naturvölkern der wahrscheinlichste Zeitraum zwischen Beginn des Phänomens und dem Tode zu sein.

Die Angaben über die Zahl der psychogenen Todesfälle sind sehr vage gehalten. Einige Autoren sagen in „manchen" oder in „einigen" Fällen (*Gries*, 1957; *Cartellieri*, 1967; *Strassmann*, 1956) und andere sprechen von „vielen" Männern (*West*, 1958; *Hassenstein*, 1950). *Brasche* (1953) beobachtete „immer wieder" derartige Todesfälle und *Mayer* (1956) verlor „sehr oft" Gefangene. Eine konkrete Zahl gibt nur *Paul* (1955) an, der berichtet, daß ihm „über 100 Patienten" unter den Händen wegstarben. Aus diesen ungenauen Zahlenangaben geht so viel hervor, daß der psychogene Tod kein seltenes Ereignis war und jeder Autor mehrere derartige Fälle beobachtete.

Das Sterben selbst wird charakterisiert durch die Worte: „erlöschen" und „in den Tod sinken". Es finden sich keinerlei Zeichen für eine Gegenwehr, einen Kampf um das Leben oder eine Angst vor dem Tod. Der Mensch kann oder will dieses Leben nicht mehr weiterführen und ist bereit, es zu beenden. Er stirbt still, ruhig und gelassen.

In den Todesursachenstatistiken, die *Schenk* (1965) veröffentlichte, findet sich der psychogene Tod nicht. Diese Fälle sind wahrscheinlich unter dem Begriff „Dystrophie" zu suchen. In einer Statistik aus einem Schachtlager bei Leninsk wird unter 82 Verstorbenen aus dem Zeitraum des Herbst und Winter 1945/46 die Zahl von 10 Toten mit der Todesursache „Psychose" angegeben. Diese „tödlichen Psychosen" dürften wohl psychogene Todesfälle gewesen sein.

Welche Menschen überleben die Gefangenschaft?

Welche Geisteshaltung muß ein Mensch haben, um in einer entsprechenden Situation zu überleben? Die psychische Situation der gestorbenen Gefangenen ist nur annäherungsweise zu beurteilen. Die Überlebenden können aber ihre eigenen Verhaltensweisen beschreiben.

Norman Brill (1949) erklärte, „daß die Männer, die hofften: ‚Morgen, morgen werden wir befreit' – diese Männer starben. Die Männer, die sagten: ‚Nein, morgen wird es nicht sein. Vielleicht später' – diese überlebten. Die Männer, die ihre dürftigen Reisportionen jeden Tag aßen – die Eidechsen, Ratten und Würmer aßen, wenn sie sie finden konnten – sie überlebten. Solche, die ihre Lebensmittel sammelten, um eine große Mahlzeit zu haben, sie starben. Die Gefangenen selbst konnten dieses voraussagen. Sie wußten, die ‚Reisglücklichen' gingen dem Tod entgegen. Die aufrührerischen Gefangenen kamen schnell um. Die Männer, die alle Hoffnung aufgaben und depressiv wurden, starben. Wie einer der Patienten es selbst ausdrückte, als er gefragt wurde, wie er es fer-

tig brachte zu überleben: ‚Ich ließ mich einfach gefühlsmäßig nicht beeinflussen' ".

Morgan u. a. (1946) bringen eine Übersicht über die Charaktermerkmale der Überlebenden: „Wenn man die Gefangenen in dieser Hinsicht (des Überlebens) nach ihrer Meinung befragte, sagten viele von ihnen, daß ihren Kameraden, die in schwierigen Verhältnissen starben, in vielen Fällen ‚der Wille zum Leben fehlte'. Der ‚Wille zum Leben' ist ein nicht faßbarer Ausdruck. Er ist sehr schwer zu definieren, aber die Männer, die nicht aufgaben, wurden durch die folgenden Kennzeichen charakterisiert.

1. Sie hatten eine nie versagende Hoffnung auf Befreiung.
2. Sie besaßen eine hohe Moral und Mut.
3. Sie waren Individuen, die sich sehr leicht an schwierige Situationen anpaßten.
4. Sie waren nicht aggressiv oder waren wenigstens in der Lage, eine Neigung zur Streitsucht zu kontrollieren, welche oft schnell zum Tode führte, wenn man ihr erlaubte, durchzubrechen.
5. Sie waren bereit, jedes Ding zu essen, wenn es auch noch so unangenehm war, sofern es nur Nährwert hatte.
6. Sie waren bereit, sich Nahrungsmittel auf jede mögliche Art und Weise zu besorgen."

Der amerikanische Psychiater *Nardini* (1952) bringt eine psychologische Charakterisierung der Überlebenden. „Die bewußten und unterbewußten motivierenden Faktoren zur Fortsetzung des Lebens waren bei weitem die wichtigsten Merkmale, die das Überleben begünstigten. Die individuellen Differenzen reichten vom Aufgeben gleich am Anfang bei der einfachen Aussicht auf die Gefangenschaft bis zum zähen Durchhalten aller Wechselfälle in den vorne beschriebenen Jahren der Not. Diejenigen, die zuerst und am schnellsten aufgaben, waren die jüngeren Männer im Alter von 18–22 Jahren, denen die Reife, die philosophischen Ansichten, die Seelenstärke, die Unabhängigkeit und der puffernde Effekt einer wenigstens mehrjährigen militärischen Erfahrung fehlte, welche sie brauchten, um dem ersten Schock zu widerstehen ... Die Natur der bewußten Motivation war unwichtig ...

Zeitweise schien es, daß einige einfach von Natur aus wenig Willen zeigten und andere tapfer waren. Ganz allgemein kann man sagen, daß eine frühere stabile Persönlichkeit ein Aktivposten war. Abwehrmechanismen, mit denen früher kleine Schwierigkeiten bekämpft wurden, wurden wieder hervorgeholt. Diese bestanden aus folgendem: Flucht in kontrollierten Autismus, Studium und Drama; Weigerung, die Realität zu sehen, wie Überoptimismus (eine riskante Verteidigung in dieser Situation), Überpessimismus (im allgemeinen mehr effektiver); ‚sei freundlich und habe ein gutes Verhältnis zu deinem Feind, dann wird er dir nicht weh tun'; Verdrängung und Unterdrückung des Wissens um die immer gegenwärtige Todesgefahr mit einer Art von besessener Überzeugung, daß man es irgendwie durchstehen werde; und einer wohltuenden Phantasie, daß der Feind an anderer Stelle im Kampf eine Niederlage erleidet ...

Je mehr Sinn für Humor das Individuum sich erhalten konnte, desto größer waren seine Überlebenschancen. Es ist schwer zu entscheiden, ob die Fähigkeit, den Humor sogar in schweren Situationen zu behalten, zum Bestehen und Überleben beitrug, oder ob es einfach so war, daß die Leute, die sich den Sinn für Humor erhalten hatten, in anderen Beziehungen, die das Überleben förderten, stark waren. Gut kontrollierte und starke Phantasievorstellungen waren für viele hilfreich, wenn diese genau in eine optimistische Richtung ausgerichtet waren. Gutes Unterscheidungsvermögen und emotionales Gleichgewicht waren offensichtliche Vorteile. Ein Wollen und der Wunsch, in Bewegung zu bleiben, aber nicht zu schwer zu arbeiten, um die Kräfte zu erhalten, waren sehr wünschenswert. Mut war notwendig, aber zuviel konnte Unannehmlichkeiten machen, wenn er nicht auf lange Sicht angewandt wurde. Sofortiges Zurückschlagen oder Flucht lagen in den meisten Fällen völlig außerhalb des Bereiches der Möglichkeiten und führten in einigen Fällen zu Tragödien."

Aus den Ausführungen schälen sich einige Punkte heraus, die für das Überleben entscheidend sind: Ein „äußerer" Faktor besteht in dem sozialen Kontakt innerhalb einer Gruppe, die das Individuum trägt, ihm in schwierigen Lagen hilft und Mut macht. Das Wichtigste scheint aber die innere gefühlsmäßige Einstellung der gesamten Umweltsituation gegenüber zu sein. In psychischer Hinsicht muß der Gefangene ruhig, ausgeglichen, nicht aggressiv und unerschütterlich gegenüber Parolen oder Hoffnungsphantasien sein. Er muß sich ohne Ärger und Groll jeder Situation anpassen bzw. diese kaltblütig ausnützen können. Die Stärken und die Schwächen der Lebenslage muß er realistisch sehen. Eine falsche oder phantastische Einschätzung der Lage kann das Ende bedeuten. Ganz klar und einfach wird diese Haltung durch einen Gefangenen beschrieben: „Ich ließ mich einfach gefühlsmäßig nicht beeinflussen (I just put my mind in neutral)."

Ferner scheint eine gewisse Gemütsstimmung vorhanden zu sein, die schwierig zu beschreiben ist. Es handelt sich anscheinend nicht um eine Stimmung der Hoffnung, die ja einen irgendwie konkret faßbaren Punkt oder Zustand in der Zukunft beinhalten muß, denn derartige Hoffnungen zerbrechen immer wieder in der Gefangenensituation. Es ist wahrscheinlich eher eine untergründige Stimmung der Zuversicht oder des Glaubens an das Gute im Leben, der nicht scharf zu definieren ist. *Anderson* (1963) beschreibt es als „jene innere Religiosität ..., die den Charakter eines Menschen bestimme und ihn in den schlimmsten Lagen unerschütterlich ... handeln lasse".

Maßnahmen zur Verhütung

Schon in der Ausbildung sollte die Aufklärung über die Grenzen der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit beginnen. Die bekannten in Lagern durchgeführten Maßnahmen zur Ausübung von Druck auf die Gefangenen sollten durchgesprochen werden. Hier sollten auch Hinweise auf entsprechende Verhaltensweisen der Abwehr oder der Erleichterung gegeben werden. Auf den Einwand, daß dadurch nur unnötig Angst hervorgerufen werde, ist zu antworten, daß eine unbekannte gefährliche Situation mehr Angst und Schrecken auslöst, als wenn man mit der Lage und den Überlebensmöglichkeiten vertraut ist (*West*, 1958).

Entscheidend ist letztlich das Verhalten in der Gefan-

genschaft selbst. Unter dem Druck der Gefangennahme und der ersten Lagererfahrungen kann es zu einem Zusammenbruch der sozialen und kulturellen Strukturen mit charakterlichen Entgleisungen kommen (*Valet*, 1949; *Güttner*, 1950). Teilweise auch durch die bewußten Maßnahmen der Gewahrsamsmächte bedingt, tritt eine mehr oder weniger ausgeprägte soziale Isolierung ein. Jeder tragende soziale Halt an Kameraden, Gruppen oder soldatischen Befehlsstrukturen ist verlorengegangen. Nach Auflösung der Binnengruppe und Verlust des gewohnten Lebensrhythmus ist der Mensch schutzlos der Fremdbestimmung des ausländischen Lagerpersonals preisgegeben. Er findet sich in radikaler Einsamkeit auf sich gestellt (*Dreitzel*, 1970). Durch die Anstrengungen und die Mangelernährung befindet der Soldat sich in einem Erschöpfungszustand (*Cochrane*, 1946), der Initiativen weitgehend lähmt.

West (1958) zeigt aus den amerikanischen Erfahrungen in Korea zwei Punkte auf, die als Vorsorgemaßnahmen entscheidend sind: „Viele der Männer, die in den koreanischen Gefangenenlagern starben (mehr als ein Drittel der Gefangenen), starben, weil die Gruppe ihre Organisation verlor und es unterließ, den Überlebenswillen des einzelnen zu erhalten. Wenig aus der Ausbildung dieser Männer bereitete sie auf die Möglichkeit einer Gefangenschaft vor. Sie wußten nichts über die Anwendung von Techniken, die die geistige, physische und moralische Integrität aufrechterhalten. Da ein solches Wissen fehlte, gaben sie auf und starben ...".

Im Lager muß eine funktionierende soziale Struktur geschaffen werden. Es gilt, den einzelnen wieder irgendwie und irgendwo sozial einzugliedern. Nur dadurch ist es möglich, ein stabilisierendes Selbstwertgefühl zu etablieren und mögliche psychische Zusammenbrüche zu erkennen und zu behandeln. *Anderson* (1963) meint, daß eine gute Disziplin oder ein soziales Verantwortungsgefühl die meisten Todesfälle verhindert hätte.

Der zweite Faktor liegt in den psychischen Strukturen des einzelnen selbst. Es ist dieser nicht faßbare Begriff: der Wille-nicht-zu-leben oder der Wille-zu-leben. Die Voraussetzung zu der Entscheidung für das eine oder das andere scheinen in den unbewußten Strukturen des Individuums zu liegen, die für den Außenstehenden nicht einsehbar und beurteilbar sind. Dennoch sollten prophylaktisch psychotherapeutische Maßnahmen durchgeführt werden, da nach den Berichten ein großer Teil der Betroffenen durch einfache Psychotherapie gerettet werden kann. Diese Psychotherapie besteht in einer mitmenschlichen kameradschaftlichen Hilfe in psychischer und materieller Hinsicht, um den Schwierigkeiten des Gefangenendaseins widerstehen zu können. Es gilt, das Gefühl der Hilflosigkeit und Sinnlosigkeit zu überwinden. Das entscheidende Merkmal des psychogenen Todes ist nicht das Gefangensein oder die Einschränkung der Entfaltungsmöglichkeiten an sich (*Jores*, 1959), wie ein Vergleich mit lebenslang verurteilten Strafgefangenen zeigt, sondern die dauernde Bedrängnis körperlicher und psychischer Art, der man schutzlos ausgesetzt ist.

Literatur

1. *Anderson:* Zit. in: *E. Kinkead*, Kampf ohne Waffen, S. 127. Huber-Verlag, Frauenfeld 1963.
2. *Braddon, R.:* Surrender, like Marriage. In: *G. Mikes*, Prison, S. 57. London 1963.
3. *Brasche, H.:* Ärztliche Beobachtungen in der Kriegsgefangenschaft unter besonderer Berücksichtigung psychopathologischer Fragen, S. 20. Diss. Marburg 1953.
4. *Brill, N.:* Zit. in: *R. R. Greenson*, The Psychology of Apathy. Psychoanal. Quart. *18*, 290–302 (1949).
5. *Brickenstein, R.:* Wehrpsychiatrische Aufgabenbereiche im Frieden. Nervenarzt *44*, 89–92 (1973).
6. *Cartellieri, D.:* Die deutschen Kriegsgefangenen in der Sowjetunion. Die Lagerhaft. In: Zur Geschichte der deutschen Kriegsgefangenen des Zweiten Weltkrieges, Bd. II, S. 381. Gieseking-Verlag, Bielefeld 1967.
7. *Cochrane, A.:* Notes on the Psychology of Prisoners of War. Brit. med. J. 282–284 (1946).
8. *Dibold, H.:* Arzt in Stalingrad. 4. Aufl., S. 186. Müller-Verlag, Salzburg 1958.
9. *Dreitzel, H.:* Die Einsamkeit als soziologisches Problem, S. 24. Arche-Verlag, Zürich 1970.
10. *Gries, U.:* Abbau der Persönlichkeit, S. 80. Reinhard-Verlag, München - Basel 1957.
11. *Güttner, E.:* Drei Jahre in Rußland. Ärztliche Eindrücke aus der Kriegsgefangenschaft. Ärztl, Mitt. *35*, 87–88 (1950).
12. *Hassenstein, F.:* Der Mensch in der Gefangenschaft. Studium Generale *3*, 5–8 (1950).
13. *Jores, A.:* Lebensangst und Todesangst. In: Die Angst. Rascher-Verlag, Zürich - Stuttgart 1959.
14. *Katz, Ch. J.:* Experiences in a Prison Camp as a Background for Therapy. Ment. Hyg. *34*, 90–96 (1950).
15. *Kornhuber, H.:* Psychologie und Psychiatrie der Kriegsgefangenschaft. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III. Springer-Verlag, Berlin - Göttingen - Heidelberg 1961.
16. *Mayer, W. E.:* Why did many G. I. captives cave in? U. S. News and World Report *40*, 56–72 (1956).
17. *Morgan, H. J., I. S. Wright*, and *A. van Ravensway:* Health of Repatriated Prisoners of War from the Far East. J. Amer. med. Ass. *130*, 995–999 (1946).
18. *Nardini, J. E.:* Survival Factors in American Prisoners of War of the Japanese. Amer. J. Psychiat. *109*, 241–248 (1952).
19. *Paul, H.:* Das Seelenleben des Dystrophikers auf Grund eigener Erfahrungen. Z. Psychother. med. Psychol. *5*, 168–180 (1955).
20. *Schenk, E.-G.:* Das menschliche Elend im 20. Jahrhundert. Nicolaische Verlagsbuchhandlung, Herford 1965.
21. *Schilling, F.:* Selbstbeobachtungen im Hungerzustand. Beitr. aus der allg. Med. *6*, 41–67 (1948).
22. *Segal, J.:* Correlates of Collaboration and Resistance Behavior among U.S. Army POWs in Korea. J. Soc. Iss. *13*, 31–40 (1957).
23. *Strassman, H. D., M. B. Thaler*, and *E. H. Schein:* A Prisoner of War Syndrom: Apathy as a Reaction to Severe Stress. Amer. J. Psychiat. *112*, 998–1003 (1956).
24. *Stumpfe, Kl.-D.:* Der psychogene Tod. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1973.
25. *Valet, W.:* Ärztliche und menschliche Seiten russischer Kriegsgefangenschaft. Bayer. Ärztebl. *4*, 251–256 (1949).

Praxiseröffnung

Am 1. April 1981 übernehme ich die Allgemeinarztpraxis von **Dr. W. Hübner,** Stadt Rehburg, Mühlentorstraße 5

Dr. med. Felix Watermann

Arzt · Sportmedizin · Röntgen

● Alle Kassen ●

Sprechzeiten:

Montag–Freitag, 8.30 bis 12.00 Uhr

Dienstag, 16.30 bis 18.30 Uhr

für Berufstätige und Schüler(innen)

Donnerstag, 16.30 bis 18.30 Uhr,

Männer- und Kindervorsorgeuntersuchungen,

Sportuntersuchungen.

Voranmeldung erbeten unter Tel. (0 50 37) 23 25

Leider, aber wohlverdient: setzt er sich zur Ruhe . . .

Sprechstunde beendet!

Dr. med. Werner Hübner

Arzt für Allgemeinmedizin

3056 Rehburg-Loccum 1

Meinem „alten“ Chef und seiner Frau danke ich für 10 schöne, lehrreiche gemeinsame Jahre.

Der 1. Lehrling Rosl

Arztregister des Zulassungsbezirks

001	15 Verden
002	00105 ◀ ENR
003	-- ◀ ANR L

BESCHEID ÜBER EINTRAGUNGEN IM ARZTREGISTER

340179

PERSONALIEN

111 Familienname	Huebner +	
112 Titel		
113 Vornamen		
114 Geburtstag und -ort		

BERUFSERLAUBNIS/NIEDERLASSUNG

331 Berufserlaubnis gem. § 10 BÄO am		
413 Niedergelassen am	-- als: --	-- L
414 Bish. Haupttätigkeit		

ZULASSUNG GEM. § 24 ZOÄ

511 Zulassungsbeschluß am	als:	
515 Änderung am	als:	
513 Ruhen der Zulassung vom	bis: verlängert bis:	
514 Beendigung am	31.03.81 Grund: Verzicht aus Altersgruenden	03 E

BETEILIGUNG GEM. § 29 ZOÄ

521-1 Beteiligungsbeschluß am	als:
521-2 Leistungsumfang	
521-3 Leistungserbringung	
522 Beend./Widerruf am	Grund:

BETEILIGUNG ALS VERTRAGSARZT GEM. § 5,5 EKV

551 Beschluß am	als:	
553 Änderung am	als:	
554 Ruhen der Beteiligung vom	bis: verlängert bis:	
552 Beendigung am	31.03.81 Grund: Verzicht aus Altersgruenden	03 E

BETEILIGUNG ALS VERTRAGSARZT GEM. § 5,6 EKV

561-1 Beschluß am	als:
561-2 Leistungsumfang	
561-3 Leistungserbringung	
563 Beend./Widerruf am	Grund:

ERMÄCHTIGUNG GEM. § 31 ZOÄ

601-1 Beschluß am	als:
601-2 Rechtsgrundlage	
601-3 Leistungsumfang	
602 Beend./Widerruf am	Grund:

ERMÄCHTIGUNG ALS VERTRAGSARZT GEM. § 5,3 EKV

605-1 Beschluß am	als:
605-2 Rechtsgrundlage	
605-3 Leistungsumfang	
606 Beend./Widerruf am	Grund:

HAUPTPRAXIS/SPRECHZEITEN

221 Postleitzahl, Ort	-- --	L
222 Straße, Nr.	--	L
223 Telefon		
251 Sprechzeiten :	Vorm. von - Nachm. von -	
252 Sprechzeiten :	Vorm. von - Nachm. von -	
253 Sprechzeiten :	Vorm. von - Nachm. von -	
254 Sprechzeiten :	Vorm. von - Nachm. von -	
255 Sprechzeit-Vereinbarungen :		
256 Sprechzeit-Vereinbarungen :		
257 Sprechzeit-Vereinbarungen :		
258 :		

* Originalschreibweise mit Umlaut (ä, ö, ü, ß)

▲ Änd. Hinweis

Das war's dann! Vom Computer abgemeldet.
Vom Leiter der Ärztekammer kein Wort.
C'est la vie.

Ausgefertigt am: 26.03.1981/Ko (Siegel) i. A. Teichel (Unterschrift)

Entwurf + Druck Deutscher Ärzte-Verlag

AR 3

niedersächsisches
ärzteblatt

60. Jahrgang
Nummer 9
5. Mai 1987

Das Niedersächsische Ärzteblatt, das seit 1975 gemeinsam von der Ärztekammer Niedersachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen herausgegeben wird, ist nun schon vier Jahrzehnte die kompetente Zeitschrift für alle Ärzte in Niedersachsen. Am 15. Mai 1947 ist die erste Ausgabe des Niedersächsischen Ärzteblattes nach dem 2. Weltkrieg erschienen.

Kein Grund zum Feiern – aber zum Weitermachen

40 Jahre Niedersächsisches Ärzteblatt

In seinem Geleitwort erinnerte der Präsident der Ärztekammer Niedersachsen, Dr. Ludwig Sievers, als Herausgeber daran, daß das „Ärzteblatt für Niedersachsen" 1941 auf behördliche Anordnung sein Erscheinen einstellen mußte. Aber schon 1945 habe er sich bemüht, wieder eine niedersächsische Ärztezeitung als Mitteilungsblatt herauszugeben. Die verworrene Situation der damaligen Zeit, die wirtschaftlichen Schwierigkeiten und die Papierknappheit hätten seinem Bestreben zunächst im Wege gestanden.

Nach dem Willen des Herausgebers sollte die Zeitschrift den Bedürfnissen der praktizierenden Ärzte nach Fortbildung und Berichterstattung über Neuerungen in der Medizin Rechnung tragen. Es wurde ausdrücklich vermerkt, daß die Medizinische Fakultät der Universität Göttingen hierzu bereitwilligst ihre Mitwirkung zugesagt habe. Alle Ärzte in Klinik und Praxis wurden um rege Mitarbeit gebeten. „Selbstverständlich werden wir", schrieb Dr. Sievers, „auch Standesfragen und vor allem die Stellung des Arztes im Staate und in der Sozialversicherung in diesem Blatte erörtern, das ein lebendiges Bindeglied zwischen der Ärzteschaft und der von ihr selbstgewählten Standesvertretung darstellen soll."

Mit Herausgabe des Ärzteblattes 1947 konnte die niedersächsische Ärzteschaft fortan nicht nur über die Anord-

Niedersächsisches Ärzteblatt

Schriftleitung: Hauptschriftleiter Dr. Rich. Peters, Hannover, Walderseestr. 25

HERAUSGEGEBEN VON DER ÄRZTEKAMMER NIEDERSACHSEN

Für den amtl. Teil verantwortlicher Schriftleiter: Dr. Eberhard Bose, Hannover, Schäferdamm 2

mit Genehmigung der Militär-Regierung

Nummer 1 — Hannover, 15. Mai 1947 — 1. Jahrgang

Zur Begrüßung!

In dieser ersten Nummer einer Ärztezeitung im Land Niedersachsen, die seit Kriegsende erscheint, möchte ich dem Blatt ein langes glückliches Leben wünschen und allen, die daran mitarbeiten, einen vollen Erfolg als Belohnung für ihre Bemühungen.

Die deutsche Ärzteschaft hat eine Unglücksperiode hinter sich, wie wohl nie zuvor. Nicht der unwichtigste Faktor für diese schreckliche Zeit war die Abschließung von der ärztlichen Welt des Auslandes während des Krieges und jetzt die Schwierigkeit, die Ärzteschaft im Lande über das Wissenswerte zu unterrichten. Der erste Schritt, um diesem Zustand abzuhelfen, soll die Veröffentlichung dieses Blattes sein, das sowohl dem Meinungsaustausch, wie auch der Stellenausschreibung und anderen wichtigen Mitteilungen dienen soll.

Jeder, der in dieser Zeit die Arbeit des deutschen Arztes betrachtet, wird von den ausgezeichneten Leistungen beeindruckt sein, die oft unter den schwierigsten äußeren Umständen vollbracht werden. Diese Umstände werden sich bessern. Mehr Penicillin wird zur Verfügung gestellt und wir dürfen hoffen, daß andere wichtige Arzneien und Verbandstoffe bald leichter zu bekommen sein werden.

In diesen, aber auch in allen anderen die Ärzteschaft angehenden Dingen darf diese aller Sympathie und hilfreichen Unterstützung durch die Control Commission sicher sein.

Hannover, 1. Mai 1947

(gez.) D. W. BEAMISH
Colonel.
Public Health.
HQ Military Government.
HANNOVER REGION.

nungen der Militärregierung und der deutschen Behörden, sondern nach langer Zeit auch wieder über medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse und über den Aufbau und die Arbeit der ärztlichen Standesorganisationen umfassend unterrichtet werden.

Knapp die Hälfte der nur 22 Seiten umfassenden ersten Ausgabe war bereits medizinischen Fragen gewidmet. Es berichteten Professor Schoen über das Grenzgebiet organischer und nervöser Herzstörungen und Dr. Peters über die wissenschaftliche Entwicklung des Penicillins und die Penicillinbehandlung, die seinerzeit in Deutschland noch nicht bekannt war. Darüber hinaus erschien ein standespolitischer Artikel von Dr. Haedenkamp und der Abdruck einer Rede des Regierungsdirektors Dr. Otto Buurman, die dieser bei der Neugründung des Medizinalbeamtenvereins in Pyrmont am 6. Oktober 1946 gehalten hatte.

In den nächsten Ausgaben folgten neben den Fortbildungsberichten über neue Heilmittel und Behandlungsmethoden Nachrichten und Anordnungen, die das damalige Zeitgeschehen widerspiegeln. Da war von der Malariabekämpfung, vom Auftreten der Pocken sowie der Cholera und Beulenpest, der Verteilung von Savasan und Penicillin die Rede. Über den Aufbau der ärztlichen Organisationen wurde ebenso berichtet wie über Penicillindiebstähle, Regeln für Atteste bei Kur und Ferienaufenthalten und das Genehmigungsverfahren für Ernährungszulagen. Immer wieder erschienen Nachrichten über das Bezugsscheinwesen für Autos und Benzin, Arzt- und Schwesternkittel, Handtücher, Taschenlampenbatterien, Petroleum, Brennspiritus, Streichhölzer für Ärzte und vieles andere mehr.

Als Schriftleiter wurden vom Kammervorstand bestellt: Dr. Richard Peters, der als Verbindungsoffizier zwischen den zivilen Behörden und der Militärregierung tätig war und sich besondere Verdienste um die Lizenzerteilung erworben hatte, und der Geschäftsführende Arzt der Ärztekammer Niedersachsen, Dr. Heinz-Eberhard Bose.

Ein überaus freundliches und hoffnungsvolles Grußwort widmete der Leiter der Gesundheitsabteilung bei der britischen Militärregierung, Colonel D.W. Beamish, der Zeitschrift zum Wiedererscheinen (s. Abb. S. 5).

Das Niedersächsische Ärzteblatt hat sein Erscheinungsbild im Verlauf der letzten 40 Jahre, dem Zeitgeist und der Technik Rechnung tragend, mehrfach geändert. An der Grundkonzeption und Aufgabenstellung der Zeitschrift hat sich im Grunde nichts geändert. Im Sinne der Zielvorgaben, die Dr. Ludwig Sievers in seinem Geleitwort 1947 formulierte, hat Dr. Heinz-Eberhard Bose in 38 Jahren „sein" Ärzteblatt kontinuierlich fortentwickelt und es zu einer traditionellen Zeitschrift mit regionaler Kompetenz für die niedersächsische Ärzteschaft und ihr nahestehende Kreise gemacht. Diese Tradition fortzusetzen ist für mich Verpflichtung und Aufgabe zugleich. Also kein Grund zum Feiern — aber ein Grund, im Sinne meines Vorgängers weiterzumachen.

Wolfgang Koch

Aufbau der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung in Niedersachsen

Rückschau auf die Jahre 1945 bis 1948

Mit dem nachfolgenden Beitrag soll der Aufbau der ärztlichen Standesorganisation in Niedersachsen skizziert, sollen Erinnerungen wachgerufen, Namen, Daten und Fakten dokumentiert werden. Die Zeitspanne von vier Jahrzehnten läßt die Geschehnisse fast zur Legende werden.

Erinnern wir uns: Die Stadt Hannover wurde am 10. April 1945 von amerikanischen Truppen besetzt. Am 5. Mai 1945 war für Nordwestdeutschland der Zweite Weltkrieg zu Ende. Deutschland kapitulierte bedingungslos am 8. Mai 1945. Ehemalige Fremdarbeiter, Obdachlose, Flüchtlinge und Besatzungssoldaten prägten das nahezu völlig zerstörte Stadtbild. Das Chaos war groß, die Bevölkerung demoralisiert. Dennoch gingen Frauen und Männer daran, aus Schutt und Asche eine neue Zukunft aufzubauen. Die Probleme und Schwierigkeiten in der Aufbauphase der ärztlichen Körperschaften in Niedersachsen sind fast vergessen.

Dr. Ludwig Sievers zum Präsidenten ernannt

Mit dem Zusammenbruch des „Großdeutschen Reichs" ist auch die Reichsärztekammer liquidiert worden. Die Ärztekammern als Landesstellen und ihre Untergliederungen arbeiteten zunächst ohne Ermächtigung weiter. Die Rechtsunsicherheit dauerte in unserem Lande allerdings nur wenige Tage. Denn am 25. Mai 1945 teilte die Regierung der Provinz Hannover mit, daß „im Einvernehmen mit der englischen Provinzialregierung" Dr. med. Ludwig Sievers, der von 1933 bis zur Absetzung durch die Nationalsozialisten im Jahre 1943 Syndikus der ÄKN und der KVN war, „zum derzeitigen Präsidenten der Ärztekammer Niedersachsen ernannt ist" (s. Abb. 1). Zugleich wurde verfügt, daß die Ärztekammer die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung mit wahrzunehmen habe. Der Zuständigkeitsbereich für die Ärztekammer Niedersachsen stand seinerzeit noch nicht endgültig fest; vor allem waren die früheren

Länder Braunschweig und Oldenburg auf Eigenständigkeit bedacht.

Der Oberpräsident der Provinz Hannover verfügte mit Schreiben vom 18. und 31. Juli 1945 die Auflösung der Gau-Ärztekammer und die Gründung einer Ärztekammer Niedersachsen, die sich in Bezirksstellen zu organisieren habe. In einer Anordnung vom 3. August 1945 hieß es, daß die ÄKN als „Kammer der Heilberufe" aufzubauen sei und ihr sowohl alle Ärzte als auch die Zahnärzte und Dentisten angehören müßten.

Die englische Militärregierung ermächtigte Dr. Ludwig Sievers, ein vorläufiges Selbstverwaltungsgremium zu bilden, dem die Vorsitzenden der Bezirksstellen (s. Abb. 2), der Dekan der Medizinischen Fakultät Göttingen, ein beamteter Arzt, der vom Oberpräsidenten zu benennen war, sowie zwei Zahnärzte und zwei Dentisten angehörten. Dieses Gremium, das bis zur Wahl der ersten Kammerversammlung im Amt blieb, hatte den Auftrag, eine Ärzteordnung bzw. Wahlordnung zu erarbeiten.

Bei der ersten Sitzung der Mitglieder der ÄKN, die am 2. September 1945 im Keller des alten Ärztehauses in der Hildesheimer Straße stattfand, stand neben der Bestätigung des vorläufigen Präsidenten, Beisitzerwahlen für den Vorstand u. a. auch die Errichtung einer Akademie für ärztliche Fortbildung auf der Tagesordnung. In einem Erlaß vom 9. Juli 1945, der am 24. Februar 1947 wieder aufgehoben worden ist, wurde verfügt, daß die Heilpraktiker der Berufsaufsicht der ÄKN unterstellt werden.

Die Wiederaufbauarbeit der Standesorganisation wurde zunächst in provisorischen Büroräumen in der Dahlmannstraße in Hannover und dann in einer Etage der Landschaftlichen Brandkasse am Aegidientorplatz geleistet. Das Ärztehaus in der Hildesheimer Straße, die einstige Kammerresidenz, war im Oktober 1943 beim ersten schweren Luftangriff auf Hannover völlig ausgebrannt (s. Abb. 3). Auch die Abrechnung kassenärztlicher Leistungen und die Zulassung von Kassenärzten waren Aufgaben, die die Kammer seinerzeit zu bewältigen hatte. Im Vordergrund stand die Verwaltung des Mangels, weil es an allen lebenswichtigen Gütern fehlte.

Braunschweig und Oldenburg ringen um Eigenständigkeit

Die Staatsminister von Braunschweig, Schlebusch, und Oldenburg, Tantzen, kämpften um das Fortbestehen ihrer historisch gewachsenen Länder. Am 6. September 1945 trafen sie sich mit dem stellvertretenden Oberpräsidenten der Provinz Hannover, Hagemann, der seine Pläne für eine große Gebietsreform nachdrücklich unterstrich. Am 15. November 1945 fand beim Oberpräsidenten in Hannover in Anwesenheit von Dr. Ludwig Sievers und den Staatsministern von Braunschweig und Oldenburg ein Gespräch statt, in dem sich die Minister für selbständige Kammern in ihren Bezirken aussprachen. Dabei wurden sie von den regional zuständigen englischen Offizieren nachdrücklich unterstützt. Noch am selben Tage schrieb der Kammerpräsident an die Gesundheitsabteilung der britischen Militärregierung und bat um Zustimmung zu folgendem Besprechungsergebnis:



Dr. Ludwig Sievers

1. *Im Rahmen der Ärztekammer Niedersachsen wird für die Länder Braunschweig und Oldenburg je eine Ärztekammer gebildet. In der Provinz Hannover bleiben als Untergliederungen die Bezirksstellen.*
2. *Die Ärztekammern Braunschweig und Oldenburg bilden in allen in Frage kommenden Dingen die erste Instanz selbständig.*
3. *Die Berufungsinstanzen, insbesondere Berufsgericht und Zulassungsausschuß, werden bei der Ärztekammer Niedersachsen gebildet. In den Berufungsinstanzen sollen auch Braunschweiger und Oldenburger Ärzte sitzen.*
4. *In der Niederlassungsfrage und in sonstigen Fragen, die die öffentliche Gesundheitspflege in den Staaten Braunschweig und Oldenburg betreffen, sollen die Ärztekammern Braunschweig und Oldenburg sich direkt mit den Staatsministerien in Verbindung setzen.*
5. *Die Zulassung von Ärzten, Zahnärzten und Dentisten zur Kassenpraxis wird nach der bereits erlassenen Niedersächsischen Zulassungsordnung durchgeführt.*

Dieser Vorschlag, so schrieb Dr. Sievers weiter, dürfte den Sonderwünschen der Regierungen in Braunschweig und Oldenburg Rechnung tragen. Den ärztlichen Organisationen Braunschweig und Oldenburg würde demgemäß eine größere Selbständigkeit als den Bezirksstellen in der Provinz Hannover eingeräumt. Der Kammerpräsident erreichte sein Ziel zunächst jedoch nicht, denn am 4. Dezember 1945

B e s c h e i n i g u n g

Als Aufsichtsbehörde der Ärztekammer bescheinige ich hiermit, daß im Einvernehmen mit der englischen Provinzialregierung Herr Dr.med. Ludwig S i e v e r s , Hannover, Büro Dammannstraße 37, zum derzeitigen Präsidenten der Ärztekammer Niedersachsen ernannt ist.

Hannover, den 25. Mai 1945.

Der Stellv.Oberpräsident



Hagemann

Landeshauptmann i.R.

Abb. 1

ordnete der oldenburgische Staatsminister Tantzen an, daß im Lande Oldenburg eine Ärztekammer zu errichten sei (s. Abb. 4).



Abb. 3: Das Ärztehaus Hannover in der Hildesheimer Straße 23/24 vor dem Krieg

Kopf erreichte sein Ziel 1946

Der Oberpräsident von Hannover, Hinrich Wilhelm Kopf, der als geschickter politischer Taktiker exzellent von dem Geheimen Justizrat Seelmann-Eggebert beraten wurde, versicherte sich bei den Vorbereitungen zur Gründung eines Landes Niedersachsens der Zustimmung der Kirchen, Parteien, Gewerkschaften, Hochschulen und der Kammern, die für die Tierärzte durch Machens, für die Apotheker durch Wagemann, für die Anwälte durch Arthur Müller und die Ärzte durch Ludwig Sievers repräsentiert wurden. Im November 1946 war es soweit. Im Rathaus zu Hannover fand der Festakt zur Gründung des Landes Niedersachsen unter Einbeziehung der Länder Braunschweig, Oldenburg und Schaumburg-Lippe statt. Hinrich Wilhelm Kopf wurde der erste Ministerpräsident des neuen Landes.

Abb. 2: Die Bezirksstellen der ÄKN, ihre Vorsitzenden und Geschäftsführer nach 1945

Ostfriesland
(ab 1949 Aurich):
Dr. med. Bernhard Kessler
Gerhard Lubrich

Braunschweig*):
Dr. med. Hermann Spillner
Dipl.-Ing. Josef Röhrs

Göttingen:
Dr. med. Philipp Schoppe
Heinrich Stöbbe

Hannover:
Dr. med. Erich Rosenberg
Dr. Ludwig Sievers

Hildesheim (ab 1947):
Dr. Herrmann Clauditz
Emil Bauer

Lüneburg:
Dr. med. Walter Runge
August Wohltmann

Oldenburg*):
Dr. med. Werner Stein
Walter Herzberg

Osnabrück:
Johannes Kadow
Ewald Stiller

Unterweser/Unterelbe
(ab 1949 Stade):
Dr. med. Wilhelm Hancken
Alfred Böhme

Verden:
Dr. med. Dr. med. dent. König
Hermann Niere

Wilhelmshaven (ab 1948):
Dr. med. Franz Rogg
Walter Quade

*) Sonderstatus bis 1948

Nur an Ärzten fehlte es nicht

Zur Ärztekammer Niedersachsen gehörten 1945/46 die Bezirksstellen Hannover, Göttingen, Osnabrück, Ostfriesland, Lüneburg und Verden sowie Braunschweig und Oldenburg (einschließlich Wilhelmshaven) mit Sonderstatus. Sie „biwakierten" teilweise in Kellerräumen und Behelfsunterkünften. Die Bezirksstelle Braunschweig teilte im Februar 1946 u. a. mit: „Nach dem Verlust des Ärztehauses Fallersleber Torwall 22 am 15. Oktober 1944 ist die Dienststelle notdürftig im Keller untergebracht, ... das Wasser tropft von der Decke, ... es besteht Einsturzgefahr." Trotz dieser widrigen Umstände wurde der Wiederaufbau energisch vorangetrieben. Am 3. August 1945 schrieb Dr. Sievers den Bezirksstellen: „Bis zum 1. Oktober 1945 muß die gesamte Organisation der Ärztekammer Niedersachsen stehen."

Hungernd und frierend und von Infektionskrankheiten geplagt hat die Bevölkerung — insbesondere in den größeren Städten — unter dem ungewöhnlich harten Winter 1945/46 gelitten. Der schlechte Gesundheitszustand, bedingt durch unzureichende Ernährung, miserable Wohnverhältnisse in feuchten und ungeheizten Wohnungen, mangelhafte Hygiene und die vielen Menschen in den Lagern, führte zu einem extrem hohen Krankenstand. Tuberkulose, Diphtherie, Scharlach, Typhus und Kinderlähmung breiteten sich aus. Die Kindersterblichkeit nahm zu. Die Krankenhäuser und die in den Höfen aufgestellten Baracken waren von Kranken und Verwundeten hoffnungslos überfüllt.

An Ärzten fehlte es jedoch nicht. Alten Aufzeichnungen ist zu entnehmen, daß sich 50 aus der Kriegsgefangenschaft entlassene Sanitätsoffiziere in Hannover um sechzehn freie Praxisstellen bewarben, nachdem sie die erste Hürde — die Überprüfung ihrer politischen Vergangenheit — bereits genommen hatten. Die Ärztekammer Niedersachsen mußte die von den Ärzten ausgefüllten Entnazifizierungsfragebogen der Gesundheitsabteilung der Militärregierung vorlegen, die diese vom Geheimdienst überprüfen ließ.

Medikamente, ärztliche Instrumente und Geräte sowie die nötigsten Dinge des täglichen Bedarfs fehlten, als Dr. Heinz Eberhard Bose im Februar 1946 seinen Dienst als Geschäftsführender Arzt bei der Ärztekammer Niedersachsen antrat. Der Mangel war bedrükkend. So kam es vor, daß beispielsweise Briefumschläge fehlten, um den Ärzten die Bezugsscheine für Brennspiritus und Petroleum zu übersenden.

Bezeichnend für jene Zeit, als sich zur Lebenserhaltung neben dem Schwarzmarkt ein Tauschmarkt breit gemacht hatte, ist folgendes Angebot, das dem „UHU-Anzeigendienst" vom 8. November 1946 entnommen ist: „Biete Insulin gegen Kleiderstoff oder Gesellschaftskleid (Gr. 46)."

Aufgaben der Ärztekammer statuiert

Dennoch ging es weiter. Einem Rundschreiben vom 15. Februar 1947 sind folgende Informationen auszugsweise entnommen:

„Errichtung der Bezirksstelle Hildesheim

Die Ärztekammer Niedersachsen hat in ihrer Vollsitzung am 22. Januar 1947 ihre Zustimmung zu einer Errichtung der Bezirksstelle Hildesheim gegeben. Die Bezirksstelle Hildesheim wird die Kreise Hildesheim-Stadt, Hildesheim-Marienburg und Alfeld umfassen.

Aufbau und Tätigkeit der Organisation

Dem für jeden Kreis gebildeten Ärzteverein gehören alle Ärzte an, die in seinem örtlichen Bereich ihren Wohnsitz haben bzw. in ihm tätig sind. Jeder Arzt hat sich sowohl bei der Bezirksstelle als auch bei dem für ihn zuständigen Ärzteverein anzumelden. Es ist zweckmäßig, daß neu niedergelassene Ärzte den Vorsitzenden des Vereins persönlich einmal aufsuchen.

Alle Ärzte werden gleichzeitig von der Ärztekammer betreut, die sich in Bezirksstellen gliedert. Die Ärztekammer ordnet die Verteilung der Aufgaben auf die Bezirksstellen an und überwacht deren Tätigkeit. Die Aufgaben der Ärztekammer sind in den §§ 46 und 47 der Reichsärzteordnung im wesentlichen festgelegt . . .

Oldenburgisches Gesetzblatt.

LII. Band. — 70. Stück.

Ausgegeben zu Oldenburg (Oldb), den 12. Dezember 1945.

Inhalt:

Nr. 82. Verordnung vom 4 Dezember 1945 über die Errichtung einer Ärztekammer im Lande Oldenburg.

Nr. 82.

Verordnung über die Errichtung einer Ärztekammer im Lande Oldenburg.

Oldenburg, den 4. Dezember 1945.

Das Staatsministerium verordnet mit Zustimmung der Militärregierung was folgt:

§ 1

Für das Land Oldenburg wird eine Ärztekammer mit dem Sitz in Oldenburg und mit der Bezeichnung „Ärztekammer Oldenburg" errichtet. Sie untersteht der Aufsicht des Staatsministeriums.

§ 2

Die Ärztekammer Oldenburg hat die nach der Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 (RGBl. I S. 1433) der Reichsärztekammer obliegenden Aufgaben und zustehenden Befugnisse wahrzunehmen.

§ 3

Die Ärztekammer Oldenburg wird von einem Vorstand geleitet, der aus dem Vorsitzenden, seinem ständigen Vertreter und drei weiteren Mitgliedern besteht.

Bis zum Erlaß einer Wahlordnung wird der Vorstand vom Staatsministerium berufen und abberufen.

§ 4

Die im Lande Oldenburg berufstätigen Zahnärzte und Dentisten werden in die Ärztekammer Oldenburg eingegliedert. Die ausreichende Sicherstellung ihrer Interessen regelt die Geschäftsordnung der Ärztekammer Oldenburg, die der Genehmigung des Staatsministeriums bedarf.

§ 5

Diese Verordnung tritt mit ihrer Verkündung in Kraft.

Oldenburg, den 4. Dezember 1945.

Staatsministerium.

Tantzen

Abb. 4

Die Ärztekammer kann Fürsorgeeinrichtungen für Ärzte schaffen, um die Ärzte und deren Hinterbliebenen vor dringender Not zu schützen.

Die Ärztekammer hat die Dienststellen der Länder und Gemeinden und die sonstigen öffentlichen Einrichtungen in allen die Volksgesundheit und den Ärztestand betreffenden Fragen, insbesondere auch durch Bestimmung von Gutachtern und durch Benennung von Sachverständigen, zu unterstützen. Die Dienststellen der Länder und der Gemeinden und die sonstigen öffentlichen Einrichtungen sollen in diesen Fragen mit der Ärztekammer und ihren Untergliederungen zusammenarbeiten und sie vor der Entscheidung gesundheitlicher Fragen von allgemeiner Bedeutung hören.

Die Ärztekammer stellt die ärztliche Versorgung — abgesehen von Anstaltsbehandlung oder gesteuerter Heilbehandlung — in der Sozialversicherung sicher, schließt die Verträge ab und führt sie durch, errichtet die erforderlichen Abrechnungsstellen und verteilt das Honorar.

Auszug aus dem ÄKN-Rundschreiben 1/1947

Tuberkuloseschutzimpfung mit dem Bazillus Calmette-Guérin

Schutzimpfungen mit dem Bazillus Calmette-Guérin dürfen nach Anordnung der Militärregierung nur in Krankenhäusern oder verwandten Anstalten vorgenommen werden, die hierzu vorher die Genehmigung des Niedersächsischen Ministers für Volksgesundheit und Wohlfahrt einholen müssen.

Krankenzulagen für Ausländer

Das Landesernährungsamt Abt. A teilt mit: Für kranke Ausländer, die nicht in Krankenhausbehandlung sind, können vom Arzt die gleichen Zulagen beantragt werden, wie sie im Erlaß des Zentralamtes für Ernährung und Landwirtschaft vom 2. Oktober 1946 für deutsche Kranke vorgesehen sind . . .

Volkswagen für Ärzte

Alle Verhandlungen, die von seiten der Ärztekammer mit dem Volkswagenwerk selbst und den britischen Verfügungsdienststellen (H & HT Branch, Bielefeld) geführt worden sind, haben bisher zu keinem Erfolg geführt.

Brennspiritus, Petroleum, Taschenlampenbatterien

Brennspiritus- und Petroleumscheine für die niedergelassenen Ärzte gehen regelmäßig den Vereinen zu und sind gegebenenfalls von den Vereinsvorsitzenden in Empfang zu nehmen. Taschenlampenbatterien sind leider nur in beschränkter Anzahl an die von den Vereinen namhaft gemachten Elektrohändler geliefert. Wegen Zuteilung von Brennspiritus, Petroleum und Taschenlampenbatterien bitten wir alle Ärzte, sich in Zukunft an ihre Vereine und nicht an die Bezirksstelle zu wenden, ausgenommen Ärzteverein Hannover-Stadt, wo die Bezirksstelle die wirtschaftliche Betreuung der Mitglieder des Ärztevereins Hannover durchführt.

Wegegebühren bei Ersatzkassen

Abweichend von der Abrechnungsgepflogenheit bei den Pauschalkassen vergüten die Ersatzkassen Wegegebühren nur, wenn der Patient mehr als 2 km vom nächsten Arzt entfernt wohnt. Entfernungen bis 2 km einschl. brauchen nicht angeschrieben zu werden, dagegen werden 2,1 km bereits bezahlt.

Es ist daher notwendig, daß bei allen Ersatzkassen auch die Bruchteile der Entfernungskilometer angegeben werden. Sind 2 km angesetzt, können Wegegebühren nicht bezahlt werden. In der Stadt Celle werden die Entfernungen vom zweitnächsten Kassenarzt berechnet.

Ärztliche Behandlung in Krankenhäusern

Wir weisen darauf hin, daß die Krankenhäuser bezüglich ambulanter Sachleistungen als an der Kassenpraxis beteiligt gelten, damit die Ausführung der ambulanten ärztlichen Sachleistungen sichergestellt ist. Dahingegen ist es unerwünscht und infolge Zulassung von vielen Ärzten nicht erforderlich, daß Patienten zur fachärztlichen Behandlung in Krankenhäuser verwiesen werden. Überweisungen an Fachärzte sollen ohne Namensnennung an einen Facharzt für .... verwiesen werden. Es bestehen keine Bedenken, dem anfragenden Patienten auf Grund des Ärzteverzeichnisses mündlich Fachärzte zu benennen, die zur Kassenpraxis zugelassen sind.

Pneu-Nachfüllungen

Gegen die einseitige Herabsetzung der Gebühren für Pneu-Nachfüllungen durch die Landesversicherungsanstalt haben wir schärfsten Einspruch eingelegt. Die Ärztekammer steht in Verhandlungen mit der LVA, die noch nicht abgeschlossen sind. Die von der LVA mitgeteilten Sätze sind auf keinen Fall anzuerkennen.

Aufgaben der Bezirksstellen

Die Ärztekammer unterhält sowohl ein Referat für die Kassenpraxis als auch ein Referat für die Privatpraxis. Ebenso haben die Bezirksstellen als Untergliederungen der Ärztekammer Fragen der Ärzteplanung (Niederlassung und Kassenzulassung), die Vertretungen, die Facharztanerkennungen, die Schwangerschaftsunterbrechungen und die wirtschaftliche Betreuung mit Mangelware zu regeln.

Die erste Instanz, an die jeder Arzt sich wenden kann, ist der für ihn zuständige Ärzteverein, der durch einen in einer Mitgliederversammlung gewählten Vorstand vertreten wird. Die Ärztevereine pflegen in erster Linie das kollegiale Verhalten ihrer Mitglieder untereinander, fördern deren Ausbildung durch wissenschaftliche Vorträge und setzen sich örtlich für die wirtschaftlichen Belange ihrer Mitglieder ein.

Die Bezirksstellen nehmen Stellung zu allen Anträgen auf Niederlassung, schreiben Kassenarztstellen aus und besetzen durch ihre Zulassungsausschüsse die ausgeschriebenen Kassenarztstellen. Sie beteiligen, soweit Bedarf besteht, auch niedergelassene und zur Kassenpraxis noch nicht formell zugelassene Ärzte auf Widerruf an der Kassenpraxis. Ihnen ist die Begutachtung bei Schwangerschaftsunterbrechungen und die Facharztanerkennung übertragen. Sie führen die Register der Ärzte und veranlassen die Durchführung der Entnazifizierung. Sie stellen den Jungärzten an Krankenhäusern Bescheinigungen über Dringlichkeitsstufen aus und beraten alle Ärzte bei wichtigen Vertragsabschlüssen. Alle Verträge, die berufliche Tätigkeiten betreffen, sind vor Abschluß der Bezirksstelle zur Genehmigung einzureichen.

Die Ärztekammern wiederum sind neben ihrer sonstigen Tätigkeit die Revisionsinstanzen für die Entscheidungen der Bezirksstellen. Sie führen insonderheit die Verhandlungen mit den Trägern der Sozialversicherung und führen die

Anzeige

Mitteilungen der chem.-pharm. und med.-techn. Industrie

Ohne Verantwortung der Redaktion

Beriglobin® S*

Immunglobulin vom Menschen

Zugelassen vom Paul-Ehrlich-Institut, Bundesamt für Sera und Impfstoffe.

Zusammensetzung: 1 ml enthält: Immunglobulin vom Menschen 160 mg, Aminoessigsäure (Glycin) als Stabilisator 22,5 mg.

Anwendungsgebiete:
a) Prophylaxe viraler** Infektionen, z. B. Hepatitis A, Masern, Mumps, Poliomyelitis, Rotavirus-Gastroenteritis, insbesondere des Frühgeborenen.
b) Substitution bei Antikörpermangelsyndromen,wie
— Agammaglobulinämie und Hypogammaglobulinämie***, auch therapiebedingt, z. B. durch Kortikosteroide, Zytostatika, Strahlen- oder andere immunsuppressive Therapie
— protrahierte transitorische Hypogammaglobulinämie, insbesondere des Frühgeborenen
c) Therapie
— rezidivierender Infektionen, bei bakteriellen Infektionen in Kombination mit Antibiotika
— Mononucleosis infectiosa

Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen homologe Immunglobuline. Bei bekannter Überempfindlichkeit sind die Risiken von Überempfindlichkeitsreaktionen und Krankheit gegeneinander abzuwägen.

Nebenwirkungen: Gelegentlich werden vorübergehender Druckschmerz an der Injektionsstelle und/oder kurzanhaltende Temperaturerhöhungen beobachtet. Selten sind Haut- und Kreislaufreaktionen.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Nach Gabe von Immunglobulinen ist ein Abstand von mindestens 3 Monaten zur Impfung mit parenteral anzuwendenden Virus-Lebendimpfstoffen (z. B. Mumps, Masern, Röteln, Varizella sowie deren Kombinationen) einzuhalten.

Ein Abstand zur Impfung mit enteral anzuwendenden Virus-Lebendimpfstoffen (z. B. Poliomyelitits) oder Impfstoffen aus inaktivierten Erregern, Toxoiden oder entsprechenden Kombinationen ist nicht erforderlich.

Anwendung: Beriglobin S darf bei Injektionen nur intramuskulär angewendet werden, weil bei intravasaler Applikation besonders Patienten mit Antikörpermangelsyndromen (AMS) mit schockartigen Symptomen reagieren können. Daher ist zu empfehlen, sich durch Aspiration davon zu überzeugen, daß kein Gefäß getroffen wurde. Beriglobin S ist körperwarm und vorzugsweise intraglutäal am liegenden Patienten anzuwenden.

Bei größeren Gesamtdosen ist eine Aufteilung zweckmäßig. Das gilt für Dosen von mehr als 2 ml bei Kindern bis zu 20 kg Körpergewicht und 5 ml bei Personen mit höherem Körpergewicht.

Bei Rotavirus-Gastroenteritis ist Beriglobin S oral zu verabreichen.

Lagerung und Haltbarkeit: Beriglobin S ist im Kühlschrank bei + 2 bis + 8° C aufzubewahren. Es darf nach Ablauf des auf Packung und Behältnis angegebenen Verfalldatums nicht mehr angewendet werden.

Geöffnete Ampullen sind sofort zu verbrauchen.

Zusätzliche Informationen: Beriglobin S ist eine klare, gelbliche bis hellbraune Lösung der gereinigten Immunglobulin-Fraktion, die aus dem Blut gesunder Menschen gewonnen wird. Der Reinheitsgrad beträgt mind. 95 Prozent. Das Präparat ist frei von Konservierungsmitteln.

Beriglobin S enthält Antikörper, wie sie im Serum Erwachsener vorkommen, in konzentrierter Form.

Beriglobin S ist nach einem Verfahren hergestellt, nach dem erfahrungsgemäß eine Infektion, einschießlich einer Hepatitis, nicht übertragen wird.

Durch das spezielle Herstellungsverfahren wird experimentell zugesetztes Human immunodeficiency virus = HIV (HTLV III) inaktiviert. Es kann daher als sicher angesehen werden, daß das Präparat kein HIV (AIDS) überträgt.

Theoretisch für möglich gehaltene Sensibilisierung gegen die humanen Antikörper in Beriglobin wurde bisher nicht beobachtet.

Handelsformen: Ampullen mit 2 ml, Ampullen mit 5 ml.

* Ohne Konservierungsmittel
** Gegen Cytomegalie, Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME), Hepatitis B, Tollwut, Röteln und Varizellen/Zoster stehen spezielle Immunglobuline der Behringwerke zur Verfügung.
*** Für die Substitution bei Immunmangel steht auch intravenös anwendbares Immunglobulin der Behringwerke zur Verfügung.

Hersteller: Behringwerke AG, D-3550 Marburg.

Die Gebrauchsanweisungen unserer Immunglobuline wurden wie folgt ergänzt:

„... Es kann daher als sicher angesehen werden, daß das Präparat kein Human Immunodeficiency Virus (AIDS) überträgt."*

*Entnommen aus der Gebrauchsinformation. Diese Aussage gilt für alle unsere Immunglobuline, außer für Gamma-M-Konzentrat, dessen Überprüfung gegenwärtig noch läuft. Verfahrensschritte und Daten wurden dem Paul-Ehrlich-Institut, der Zulassungsstelle für Sera und Impfstoffe, vorgelegt.

Interview mit Herrn Prof. Dr. med. Wolfgang Bernhardt, für Qualitätskontrolle und Arzneimittelsicherheit verantwortliches Vorstandsmitglied der Behringwerke AG.

1. Frage: Viele Ärzte wüßten gern, ob Immunglobuline ohne Bedenken eingesetzt werden können, angesichts der erwiesenen Übertragung von AIDS-Viren durch Blut und manche Blutderivate. Vor allem werden Ärzte auch von ihren Patienten gefragt, wenn es zum Beispiel um eine empfohlene prophylaktische Maßnahme geht.

Antwort: Sie können sicher sein, durch unsere Immunglobuline wird kein HIV (das AIDS-Virus) übertragen. Wir haben eine sicher beispielhafte Dokumentation von Nebenreaktionsmeldungen; nie ist eine Infektion im kausalen Zusammenhang mit der Anwendung unserer hier hergestellten Immunglobuline gemeldet worden, und wir übersehen eine sehr große Zahl von Anwendungen.

2. Frage: AIDS ist eine neue Erkrankung. Kann da nicht Ihre Dokumentation, die Ihre bisherigen Herstellungsverfahren und früher aufgetretenen Viren beobachtet, zu Fehleinschätzungen der in jüngster Zeit aufgetretenen Gefahren führen?

Antwort: Grundsätzlich möchte ich feststellen: Wir haben unsere Herstellungsverfahren nach Auftreten von AIDS nicht geändert, weil wir uns durch die bisherigen Erfahrungen sicher fühlten. Wir mußten uns dabei allerdings allein auf klinische Beobachtungen stützen. Jetzt, nachdem das Virus isoliert zur Verfügung steht, haben wir natürlich die ersten sich bietenden Möglichkeiten wahrgenommen, die Sicherheit unserer Verfahrensschritte auch experimentell zu prüfen.

3. Frage: Besteht denn Ihrer Meinung nach tatsächlich die Gefahr, bei einer Prophylaxe oder Therapie mit Immunglobulin AIDS zu akquirieren?

Antwort: Grundsätzlich ja. Mit dem gegenwärtig verfügbaren Test ist nicht ganz auszuschließen, daß Blut- oder Plasmaspender Virusträger sind. Der Blutspendertest beruht nämlich auf dem Nachweis von Antikörpern gegen HIV (AIDS-Virus) und nicht auf dem Nachweis des Virus selbst. Man folgert, daß diejenigen, die über Antikörper gegen HIV (AIDS-Virus) verfügen, potentielle Virusträger sind, und schließt sie von der Blutspende aus. Es gibt jedoch Virusträger, die keine Antikörper bilden können oder noch keine gebildet haben. Sie werden mit den Routinetests nicht erfaßt. So ist es einfach nicht zu vermeiden, dsß ein HIV-Plasma in den Produktionsgang, in die Plasmafraktionierung, hineinkommt, wenn auch sehr selten.

4. Frage: Bedeutet das, daß tatsächlich eventuell virushaltiges Material zur Verarbeitung, Sie sagten Plasmafraktionierung, verwendet wird?

Antwort: Ich will ganz klar sagen, daß diese Möglichkeit heute methodisch einfach noch nicht auszuschließen ist. Wir stoßen da an Grenzen der Nachweisbarkeit. Darum kommt es ja so sehr auf die Herstellungs- und Reinigungsverfahren selbst an, und eine Plasmafraktionierung und Herstellung von Immunglobulinen arbeitet mit unterschiedlichen pH-Werten und Alkohol in verschiedenen Konzentrationen und bei verschiedenen Temperaturen.

5. Frage: Sie deuteten an, Ihnen sei der Beweis gelungen, daß Immunglobuline AIDS nicht übertragen; wie haben Sie das erreicht?

Antwort: Wir haben in Versuchsreihen dem Ausgangsmaterial für die Fraktionierung experimentell hohe Dosen von infektiösem HIV zugesetzt. Während des Fraktionierungsprozesses konnten wir eine schrittweise Elimination und Inaktivierung von HIV nach jeder Verfahrensstufe beobachten. Am Ende des Produktionsvorganges war HIV komplett inaktiviert und ausgeschieden. Diese Ergebnisse wurden übrigens auch dem Paul-Ehrlich-Institut vorgelegt und sind nun Bestandteil unserer Gebrauchsinformationen, die in Abstimmung mit der Zulassungsbehörde ergänzt werden. Am Herstellungsverfahren hat sich weiterhin nichts geändert.

6. Frage: Das ist ein schöner Erfolg, worauf führen Sie den zurück?

Antwort: Auf Konsequenz und Zusammenarbeit. Wir sind erst zufrieden, wenn die Beweise auf dem Tisch sind und wir unseren Abnehmern verbindliche Aussagen machen können. Für die Sicherheit unserer Präparate setzen sich alle Mitarbeiter der Behringwerke ein.

Auszug aus „DEUTSCHES ÄRZTEBLATT", Heft 44 vom 29. Oktober 1986

Behringwerke AG
Medizinische Information und Vertrieb
6230 Frankfurt am Main 80



Betreuung und Flüchtlingsfürsorge durch. Innerhalb des britisch besetzten Gebietes haben sich die Ärztekammern Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Rheinland und Westfalen zu einem Verband der nordwestdeutschen Ärztekammern zusammengeschlossen, um die das gesamte Gebiet betreffenden Angelegenheiten einheitlich beraten und bearbeiten zu können.

Künftig ohne Zahnärzte

Die Zahnärzte und Dentisten sind im Interesse einer einheitlichen Regelung im nordwestdeutschen Gebiet aus der Ärztekammer Niedersachsen wieder ausgeschieden."

Kammerbeitrag 1947

In der Vollsitzung am 22. Januar 1947 wurde auch der Kammerbeitrag für 1947 in Höhe von 80 RM festgesetzt. Er diente zur Kostendeckung bei der ÄKN, den Bezirksstellen sowie beim Nordwestdeutschen Ärztekammerverband. Daneben wurde ein Beitrag für die Flüchtlingsfürsorge in Höhe von 20 RM vierteljährlich erhoben. Der Beitrag für angestellte Ärzte, die nicht gleichzeitig in eigener Praxis tätig waren, war auf 30 RM, der für beamtete Ärzte, die der Berufsgerichtsbarkeit der Ärztekammer nicht unterlagen, auf 24 RM und für Volontärärzte, Pflichtassistenten, Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit auf 12 RM jährlich festgesetzt worden. Daneben hat die Abrechnungsstelle für die Privatpraxis zur Deckung ihrer Kosten prozentuale Abzüge erhoben.

Den Kassenärzten wurden die Beiträge für die Abrechnung kassenärztlicher Leistungen, zur Ärztekammer und zur Flüchtlingsfürsorge sowie der Versorgungsbeitrag für die Fürsorgeeinrichtung von den Kasseneinnahmen abgezogen. Bei wirtschaftlicher Notlage konnte Stundung oder Niederschlagung der Beiträge bei der zuständigen Bezirksstelle beantragt werden.

MILITARY GOVERNMENT-GERMANY

MILITÄRREGIERUNG DEUTSCHLAND

INFORMATION CONTROL - NACHRICHTENKONTROLLE

LICENSE

ZULASSUNG NR.

125

1. Subject to the conditions set forth in Paragraph 2, the following-named person

1. Gemäß den im Paragraph 2 festgesetzten Bedingungen, ist die folgende Person

DR. MED. LUDWIG SIEVERS

hereinafter referred to as "licensee" is authorized to engage in the following activities:

welche im Nachfolgenden als „Zulassungsinhaber" bezeichnet wird, autorisiert, folgende Tätigkeit auszuführen:

PUBLICATION OF THE PERIODICAL:- "NIEDERSAECHSISCHES AERZTEBLATT"
HERAUSGABE DER ZEITSCHRIFT:-

2. This license is granted subject to the following conditions:

2. Diese Zulassung ist erteilt unter folgenden Bedingungen:

a) That all laws, ordinances, regulations and instructions of Military Government are complied with.

a) Daß alle Gesetze, Verordnungen, Vorschriften und Anweisungen der Militärregierung befolgt werden.

b) That this license be prominently displayed on the premises of the licensee at all times.

b) Daß diese Zulassung im Betrieb des Zulassungsinhabers jederzeit öffentlich angeschlagen ist.

c) That all newspapers, ~~books~~, periodicals, pamphlets, posters, ~~printed music~~ or other publications, sound recordings or motion picture films published or produced under this license shall bear in such manner as may be prescribed the legend: Published (or produced) under Military Government Information Control License No. . . 125

c) Daß sämtliche Zeitungen, ~~Bücher~~, Zeitschriften, Broschüren, Plakate, ~~Musikalien~~ oder irgendwelche andere Veröffentlichungen, ebenso Schallplatten und sonstige Tonaufnahmen und Filme, die gemäß dieser Zulassung hergestellt oder veröffentlicht werden, folgende Aufschrift in vorgeschriebener Weise tragen: „Veröffentlicht (oder hergestellt) unter der Zulassung Nr.125 der Nachrichtenkontrolle der Militärregierung".

d) That no person, not reported on the application for this license as having a financial interest in the business enterprise conducted under this license, shall be given nor shall receive any part of the profits of the business enterprise, nor shall any interest in the business enterprise be held for any such person, except with the express written permission of Military Government.

d) Daß keine Person, die nicht in diesem Gesuch als an diesem Geschäftsunternehmen finanziell interessiert eingetragen ist, irgendeinen Anteil an dem Nutzen aus dem Geschäftsunternehmen erhält; ferner, daß kein finanzieller Anteil an dem Geschäftsunternehmen für eine im Gesuch nicht erwähnte Person ohne ausdrückliche schriftliche Erlaubnis der Militärregierung zurückbehalten wird.

e) Other conditions:

e) sonstige Bedingungen:

AS LAID DOWN IN INFORMATION SERVICES CONTROL GENERAL AND SPECIFIC LICENSING INSTRUCTIONS TO PERIODICAL LICENSEES AND ANY FURTHER INSTRUCTIONS SUCH MAY BE ISSUED FROM TIME TO TIME.

[illegible]

3. This license is not granted for a stated term, is not a property right, is not transferable and is subject to revocation without notice or hearing.

3. Diese Zulassung wird für keine bestimmte Zeitfrist erteilt und stellt kein Eigentumsrecht dar; sie ist nicht übertragbar und kann ohne Kündigungsfrist oder Untersuchung rückgängig gemacht werden.

for Director,
Information Services Control,

Abb. 5

Das Ärzteblatt erscheint wieder

Obwohl auch 1947 noch immer Papierknappheit herrschte — die meisten Papierfabriken lagen in der sowjetischen Besatzungszone — und nur wenige von der Militärregierung herausgegebene Tageszeitungen erschienen, erhielt Dr. Ludwig Sievers im Mai 1947 die Genehmigung zur Herausgabe des Niedersächsischen Ärzteblattes (s. Abb. 5).

Den ersten Veröffentlichungen ist u. a. zu entnehmen, daß es für Krätzemittel, Lebertran, Stärkungsmittel und Nähmaterial für Praxiswäsche, ja selbst für Streichhölzer Bezugsscheine gab. Die Ärztekammer, die Bezirksstellen und Ärztevereine waren in die Verteilung eingeschaltet. Jeder Mitarbeiter in der Kammer war bemüht, nach besten Kräften zu helfen — die Nachbarschaftshilfe hatte in der Nachkriegszeit einen besonders hohen Stellenwert. Die Mühe und Arbeit der ÄKN und ihrer Mitarbeiter wurden anerkannt und, wie nebenstehendes Beispiel zeigt, sogar in Versform gepriesen.

Das Gespann Dr. Sievers und Dr. Bose hat neben der täglichen Kleinarbeit in der Kammer zugleich Pionierarbeit für den Berufsstand geleistet. Von Dr. Haedenkamp wurde in einem standespolitischen Beitrag in der Nr. 1 hervorgehoben, daß in Niedersachsen über die Grenzen des Kammerbereichs hinaus „unschätzbare Vorarbeit für eine gemeinsame Tätigkeit der Ärztekam-

mer der drei westlichen Besatzungszonen und damit für den gesamten Ärztestand" geleistet worden ist.

In der Tat gingen viele Initiativen von Niedersachsen aus. Dabei ging es u. a. um die Neugestaltung eines einheitlichen Arztrechts und Kassenarztrechts. Um dieses Ziel zu erreichen, haben sich unter Federführung von Dr. Sievers die Ärztekammern der englischen Besatzungszone zunächst in einem nordwestdeutschen Ärzteausschuß zusammengeschlossen. Gleichzeitig wurde in Hannover eine ärztliche Pressestelle für Nordwestdeutschland eingerichtet, die von Dr. Bose geleitet wurde. Darüber hinaus steuerte Dr. Sievers auf einen Zusammenschluß aller Ärztekammern in den drei westlichen Besatzungszonen hin, was ihm schließlich auch gelang. Es kam zur Gründung der Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern, die noch heute unter der Bezeichnung Bundesärztekammer fortbesteht.

Neben dieser Aufbauarbeit hat die Ärztekammer Niedersachsen das niedersächsische Parlament und die niedersächsische Landesregierung sachverständig bei der Gesundheitsgesetzgebung beraten und bis 1948 die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen und den Fürsorgeträgern geführt.

Loblied auf die Ärztekammer

Allen unsern vielen Jammer
stillt uns jetzt die Ärztekammer.
Tut uns mal der Magen weh,
sie verschafft uns echten Tee;
frieren wir in unsern Zimmern,
Kohlen mildern unser Wimmern;
hetzten wir uns fast zu Tode,
sind wir müde und marode,
sie verhilft uns zum Caffee,
daß er lindre unser Weh;
sei's der Wagen, der mal bockt,
und die ganze Praxis stockt,
sind es Birnen, die zertrümmert,
oder was uns sonst bekümmert,
täglich fühlen wir ihr Walten
unsere Laune zu erhalten.
Sei es heute oder morgen,
sie erleichtert uns die Sorgen!
Darum sei sie hoch gepriesen,
daß sie in der Zeit, der miesen,
so vortrefflich uns umhegt
und wie eine Mutter pflegt;
dankbar wollen wir sie loben:
„Aller Segen kommt von — oben!"

Zuschrift eines Arztes aus dem Jahre 1947

1948: Die Kassenärztliche Vereinigung besteht weiter

Anfang 1948 wurde in einer Sitzung des vorläufigen Ausschusses für Ärzte und Krankenkassen für die britische Zone beim Zentralamt für Arbeit in Lemgo durch einmütige Rechtsauffassung der Unparteiischen und der Arzt- und Kassenvertreter festgestellt, daß die Kassenärztliche Vereinigung Deutschland als Körperschaft öffentlichen Rechts in ihren Landes- und Bezirksstellen weiterbestehe. Die Verordnung, durch welche die Kassenärztliche Vereinigung Deutschland errichtet worden sei, sei von keiner Seite aufgehoben worden.

Diese Rechtsauffassung machte sich die Vollversammlung der ÄKN in ihrer Sitzung am 28. April 1948 zu eigen und beschloß die Ausgliederung der Abteilungen für die Abrechnung kassenärztlicher bzw. privatärztlicher Leistungen. Zu den weiteren Entscheidungen gehörte die Bildung eines vorläufigen Vorstandes für die Kassenärztliche Vereinigung — Landesstelle Niedersachsen, der aus folgenden Mitgliedern bestand:

Dr. Sievers I, Hannover — Vorsitzender
Dr. Wichmann, Hannover — stellvertretender Vorsitzender
Dr. Fahlbusch, Celle — Beisitzer
Dr. Schalke, Nordstemmen — Beisitzer
Dr. Lindemann, Hannover — zur kassenärztlichen Tätigkeit nicht zugelassener Arzt.

Dieser Vorstand führte die Geschäfte bis zur Neuwahl eines KVN-Vorstandes. Die Geschäftsführung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen — Landesstelle Niedersachsen — wurde Dr. phil. Ferdinand Sievers II übertragen, dem Bruder des Kammerpräsidenten (Sievers I). Zugleich wurden die Vorstände der Bezirksstellen der Ärztekammer gebeten, in ihren Bereichen bis zur Wahl eines KVN-Bezirksstellenvorstandes die Geschäftsführung auch für die Kassenärztliche Vereinigung wahrzunehmen. Den Bezirksstellen der Ärztekammer wurde aufgegeben, die Buchhaltung der Kassenärztlichen Vereinigung sowie die Buchhaltung der Abrechnungsstellen für die Privatpraxis rückwirkend ab 1. Januar 1948 zu trennen. Unabhängig von dieser Weisung, so hieß es im ersten Rundschreiben der KVN vom 13. Mai 1948, „bleiben die Geschäftsstellen für die Bezirksstellen der Ärztekammer bei unveränderter Geschäftsführung vereinigt". In diesem Zusammenhang kam es zur Gründung der Privatverrechnungsstelle, der Buchführungs- und Steuerstelle der deutschen Ärzteschaft sowie der Rechtsschutzstelle der deutschen Ärzteschaft.

Kollegiale Hilfe für Flüchtlingsärzte

Eines der vordringlichsten Probleme, welches sich der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung stellte, war die Eingliederung von Flüchtlingsärzten. Im Bereich des Landes Niedersachsen waren am 1. April 1939 2031 und am 1. April 1947 3883 niedergelassene Ärzte registriert. Zum 31. Dezember 1947 hatte sich die Zahl schon auf 4354 niedergelassene Ärzte erhöht. Allein vom 1. April 1945 bis zum 31. Dezember 1947 hatten sich 2429 Ärzte neu niedergelassen, also über 100 Prozent mehr gegenüber dem Stand vom 1. April 1939, während die Bevölkerungszahl nur um etwa 50 Prozent gestiegen war. Von den 2429 Ärzten waren nur 1770 (rund 75 Prozent) an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt. Die anderen waren ohne Kassenzulassung in eigener Praxis tätig. Der Anteil der Flüchtlingsärzte, die sich in einer Privatpraxis oder in einer Kassenarztpraxis niederließen, betrug über 50 Prozent. Das Verhältnis Arzt zu Einwohnern lag damals bei 1:1300.

Die Ärztekammer Niedersachsen hat sich von 1945 an der Flüchtlingsärzte angenommen und alles getan, was in ihren Kräften stand, um diesen Kollegen zu helfen. Das galt sowohl für die berufliche Wiedereingliederung als auch für die materielle Unterstützung. So wurden zu den staatlich gewährten Unterstützungen 1946 zusätzlich rund 100 000 RM und 1947 rund 240 000 RM an Ärzte und deren Familienangehörige gezahlt, die aus den Ostgebieten kamen.

Im gleichen Zeitraum sind die Witwen der niedersächsischen Ärzte jährlich mit 80 000 bzw. 100 000 RM unterstützt worden. Für die seinerzeit ins Leben gerufene Fürsorgeeinrichtung der ÄKN, die mit der Einrichtung der Ärzteversorgung Niedersachsen keine bezugsberechtigten Personen mehr aufnahm, werden heute noch jährlich Unterstützungszahlungen von nahezu zwei Millionen DM geleistet.

Die ersten Wahlen zu den ärztlichen Körperschaften

Im Niedersächsischen Ärzteblatt Nr. 4/48 wurde berichtet, daß der Niedersächsische Landtag zwei Gesetze von ausschlaggebender Bedeutung beschlossen hat:

1. „Die Auflösung der Ärztekammer Oldenburg und die Eingliederung der Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven in die Ärztekammer Niedersachsen, so daß für das gesamte Land Niedersachsen eine Landesärztekammer auf gesetzlicher Grundlage zu bilden ist".

2. „Gesetz über die Bildung von Organen der Ärzte-, Zahnärzte-, Dentisten- und Apothekerkammer Niedersachsen".

Mit diesem ersten Kammergesetz wurde zugleich eine Wahlordnung für die Wahlen zu den Heilberufskammern in Niedersachsen erlassen.

Doch noch vor der konstituierenden Sitzung der Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsen, die am 8. Dezember 1948 in Hannover stattfand, wurde die erste Abgeordnetenversammlung (heute Vertreterversammlung) der „Landesstelle Niedersachsen der Kassenärztlichen Vereinigung" am 11. August 1948 in Hannover gewählt.

Den Vorständen gehörten in der 1. Wahlperiode 1948 bis 1952 an:

Für die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen:

Dr. Sievers I, Hannover, Vorsitzender
Dr. Wichmann, Hannover, stellv. Vorsitzender
Dr. Fahlbusch, Celle
Dr. Kahle, Osnabrück
Dr. Schalke, Nordstemmen
Dr. Heumann, Lebenstedt
Dr. Gode, Verden
Dr. Lindemann, Hannover (als nicht zugelassener Kassenarzt).

Für die Ärztekammer Niedersachsen:

Dr. Sievers I, Hannover, Präsident
Dr. Fahlbusch, Celle, stellv. Präsident
Dr. Lindemann, Hannover
Dr. Friese, Göttingen
Dr. Lehnhoff, Braunschweig
Dr. Wolf, Stade
Dr. Gramberg, Oldenburg.

Mit diesen Wahlen haben die niedersächsischen Ärzte ihre erstmals landesweit selbstgewählten Vertreter in die parlamentarischen Selbstverwaltungskörperschaften entsandt, die nunmehr aktiv an der Gestaltung des Arzt- und Kassenarztrechts mitwirken konnten.

Bei dieser Rückschau mußte zwangsläufig Schilderungen aus Hannover und über Hannover — dafür bittet der Chronist um Verständnis — erste Priorität eingeräumt werden. Berichtenswertes aus der Nachkriegszeit gibt es aus allen Bezirksstellen zuhauf. So steht auch fest, daß sowohl die ehrenamtlich tätigen Ärzte als auch die hauptamtlichen Mitarbeiter zu jener Zeit in den Bezirksstellen die Ärmel aufgekrempelt haben. Sie haben sich abgerackert und geschuftet für einen freien Ärztestand und eine demokratisch verfaßte Ärzteschaft. Ohne ihr tatkräftiges Zupacken vor Ort, ihre zielstrebige Unterstützung der Standespolitik, ihren Mut und ihre Hoffnung auf eine bessere Zukunft wäre das Erreichte nicht zu erreichen gewesen. Sie konnten hier nicht namentlich erwähnt werden, das schmälert ihre Verdienste jedoch in keiner Weise. Ihnen gebührt Dank und Anerkennung. *Wolfgang Koch*

Die Ärztekammern – heute so notwendig wie gestern?

G. Osterwald

40 Jahre Niedersächsisches Ärzteblatt — das erfordert auch einen Rückblick und Reflexionen über die Organisationen, denen es als Mitteilungsblatt und gesundheitspolitische Bühne gedient hat.

Beginnen wir mit einem Exkurs über das Prinzip der Selbstverwaltung. Es ist verbunden mit dem Namen des Freiherrn vom Stein, der bei der Wiedererrichtung des preußischen Staates nach den napoleonischen Kriegen diese Verwaltungsform als bürgernahe, obrigkeitsüberwachte Einrichtung einführte. Im Zeitalter der deutschen Kleinstaaten mit Feudalstruktur stellte dies eine unerhörte Neuerung dar, die nur unter dem Eindruck und den Leiden des großen vaterländischen Krieges gegen den Usurpator Napoleon zustande kommen konnte. Preußen war insofern ein aufgeklärter Staat, während auf dem Wiener Kongreß andere europäische Staaten den Absolutismus und die Feudalherrschaft verbissen verteidigten.

In der geistigen Vorbereitungsphase der bürgerlichen Revolution von 1848 entstanden zunehmend auch in anderen Bereichen, und so insbesondere unter den Ärzten, Wünsche und Vorstellungen von ärztlichen Gesellschaften, die neben wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Zielsetzungen auch berufsständische Belange in ihre Programme aufnahmen und damit erstmals Merkmale eines ärztlichen Standesvereins, aber auch einer Berufsvereinigung aufwiesen. Wissenschaftliche Abhandlungen, Jahresberichte und gezielte Publikationen im ärztlichen Schrifttum dienten schon damals der Information der Öffentlichkeit über ärztliche Anliegen. So fand in München am 22. Oktober 1848 der erste bayerische Ärztetag statt. Auch in Baden bestand schon ein funktionsfähiger ärztlicher Verein des Großherzogtums, der bereits im Jahre 1848 eine ärztliche Witwenkasse gründete.

Nach 1871 zentrale ärztliche Organisationen

Die bestehenden ärztlichen Verbände schlossen sich unter dem Eindruck der Reichsgründung von 1871 im Jahre 1872 zur Gründung des Deutschen Ärztevereinbundes in Leipzig zusammen, der umgehend den ersten Deutschen Ärztetag nach Wiesbaden am 17. September 1873 einberief. Damit begann die Zentralisation der Ärztevereine und ärztlichen Organisationen. In Preußen bestanden damals bereits zwölf regionale Ärztekammern, ohne daß es eine zentrale Organisation im Königreich Preußen gegeben hätte. Diese damaligen preußischen Ärztekammern müssen als Vorläufer der heutigen Landesärztekammern angesehen werden, weil ihnen schon eine beschränkte Disziplinargewalt zustand.

Nach dem 1. Weltkrieg beschäftigten sich die deutschen Ärztetage seit 1926 mit der Arbeit an einer Reichsärzteordnung unter Vorlage eines Ärztegesetzes für das Deutsche Reich. Die letzte Vorlage erfolgte 1931 und die Ironie des Schicksals wollte es, daß die immer wieder geforderte Deutsche Ärzteordnung erst durch die Machthaber des Dritten Reiches im Jahre 1935 erlassen wurde. Sie hatte die Auflösung aller bestehenden Ärzteorganisationen zur Folge. Das Prinzip der Selbstverwaltung der Ärztekammern wurde unter dem Zentralismus des Dritten Reiches nur noch auf dem Papier aufrechterhalten.

Neuformierung nach 1945

Die Reichsärztekammer zerfiel mit dem Zusammenbruch des Deutschen Reiches im Jahre 1945. Sie wurde durch Dekret der alliierten Militärregierungen aufgelöst. Diese entsannen sich der demokratischen Selbstverwaltungsstrukturen, wie sie vor 1933 bestanden hatten, und gründeten durch Dekret ab 1946 bereits Landesärztekammern in den ersten Bundesländern. Schon 1947 trafen Vertreter ärztlicher Organisationen des inzwischen gegründeten Nordwestdeutschen Ärztekammerverbandes aus der britischen Zone mit Vertretern der Kammern der amerikanisch besetzten Zonen erstmals in Bad Nauheim zusammen und gründeten die Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern. Dies war die Geburtsstunde der heutigen Bundesärztekammer, wenn auch deren Konstituierung erst am 17. und 18. Oktober 1947 erfolgte. Der erste Deutsche Ärztetag nach dem 2. Weltkrieg fand als Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern 1948 in Stuttgart statt. Seitdem wird er alljährlich abgehalten und durch gewählte Delegationen der Landesärztekammern beschickt.

Ich hoffe, daß diese kurze historische Auflistung deutlich macht, daß die Ärztekammern aus der Eigeninitiative der Ärzteschaft entstanden sind und deshalb auch den ureigensten Interessen der Ärzte dienen. Sie sind zwischen die staatliche Gewalt und den einzelnen Arzt als körperschaftlich verfaßte Selbstverwaltungsorganisationen gestellt, die unter staatlicher Aufsicht nach dem Subsidiaritätsprinzip Hoheitsaufgaben übertragen bekommen haben und Verwaltungsakte im staatlichen Auftrag ausführen. Es ist wichtig, das an dieser Stelle ganz klar herauszustellen, weil in letzter Zeit mancherorts andere Vorstellungen über Charakter und Aufgaben der Ärztekammern vertreten werden.

Aufgaben der Ärztekammern

Die Kammergesetze der Bundesländer sind unverändert die Rechtsgrundlage für die Tätigkeit der Ärztekammern. Sie enthalten auch den Aufgabenkatalog, den der Staat den Selbstverwaltungskörperschaften (Ärztekammern) übertragen hat. Er ist im wesentlichen in den Bundesländern einheitlich und unterscheidet sich allenfalls in Marginalien. Die Kammergesetze umreißen die Aufgaben der Ärztekammern wie folgt:

- Die Ärztekammer hat für die Einhaltung der Berufspflichten durch ihre Kammerangehörigen Sorge zu tragen. Sie hat die Beschwerden von Patienten oder anderen Personen über Ärzte zu bearbeiten. Sie kann oder muß das Berufsgericht anrufen, wenn Ärzte sich Pflichtverletzungen gegen die gesetzlichen Grundlagen oder gegen die von den Kammerversammlungen beschlossenen Berufs- und Weiterbildungsordnungen zuschulden kommen lassen. Das Berufsgericht ist ein ordentliches staatliches Gericht.

- Die Ärztekammer hat die Verpflichtung, für die Erhaltung eines hochstehenden Berufsstandes Sorge zu tragen. Dieses tut sie durch den Erlaß einer Berufsordnung, die als eine Art Grundgesetz für die ärztliche Tätigkeit anzusehen ist. Sie regelt die Rechte und Pflichten der Ärzte gegenüber Patienten, Kollegen und der Ärztekammer.

- Die Ärztekammer hat die verbindlichen Normen für die Weiterbildung der Ärzte im Anschluß an ihre Hochschulausbildung und Approbation festzulegen. Sie tut dies durch den Erlaß einer Weiterbildungsordnung, in der die Gebiete, Teilgebiete oder Bereiche für eine Spezialisierung oder Subspezialisierung festgelegt sind. Über die Bundesärztekammer und den Deutschen Ärztetag wird eine möglichst einheitliche Ordnung in allen Bundesländern angestrebt. Dazu gehört auch die Ermächtigung einzelner Ärzte zur Weiterbildung der jüngeren Kolleginnen und Kollegen. Die Ärztekammer verleiht die Gebiets-, Teilgebiets- und Bereichsbezeichnungen nach Überprüfung der eingereichten Dokumentationen und des Weiterbildungsganges und einer mündlichen Prüfung.

- Zur Überwachung der grundlegenden Berufspflichten gehört auch das Angebot und die Überprüfung von Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte. Die Kammer hat hier Aufgaben, die in Gestalt regelmäßiger Fortbildungsveranstaltungen wahrgenommen werden. Die meisten Ärztekammern unterhalten zu diesem Zweck Akademien für ärztliche Fortbildung.

- Zu den Aufgaben der Kammern gehört auch das Bemühen um ein ausgeglichenes Verhältnis der Ärzte untereinander und um Beilegung von Streitigkeiten zwischen Ärzten und Patienten, die aus der Berufsausübung eines Arztes entstanden sind. Alle Ärztekammern unterhalten Schlichtungs- oder Gutachterstellen für vermutete ärztliche Behandlungsfehler bzw. Arzthaftpflichtfragen. Diese Schlichtungs- oder Gutachterstellen sind inzwischen eine feste Institution geworden, die auch im Bewußtsein der Bevölkerung verankert ist. Sie dienen dazu, das Vertrauen zwischen Arzt und Patient zu wahren und zu entwickeln.

- Die Ausbildung der Arzthelferinnen in der ärztlichen Praxis wird von den Ärztekammern auf der Rechtsgrundlage des Berufsausbildungsgesetzes und der Ausbildungsordnung geregelt und überwacht.

- Jeder Arzt, der im Zuständigkeitsbereich einer Ärztekammer lebt oder tätig ist, muß sich bei dieser anmelden und wird kraft Gesetzes Pflichtmitglied der Landesärztekammer des Bundeslandes, in dem er arbeitet. Er hat die Qualifikationsnachweise und Zeugnisse im Original der Ärztekammer vorzulegen.

- Die Ärztekammern haben nach den Bestimmungen der Kammergesetze der Länder beratende Funktion für

Mitteilungen der chem.-pharm. und med.-techn. Industrie

Ohne Verantwortung der Redaktion

Halstabletten-ratiopharm®

Bezeichnung des Fertigarzneimittels: Halstabletten-ratiopharm®, apothekenpflichtig

Zusammensetzung des Fertigarzneimittels: a) chemisch-pharmakologische Stoffgruppe, Mund- und Rachentherapeutikum

b) wirksame Bestandteile nach Art und Menge, 1 Tablette enthält 2,5 mg Cetylpyridiniumchlorid.

Indikationen: Leichte bis mittelschwere entzündliche und infektiöse Erkrankungen im Mund- und Rachenraum wie Stomatitis, Pharyngitis, Gingivitis; Halsschmerzen im Verlauf von grippalen Infekten und Erkältungskrankheiten; Rachenreizungen, die durch Staub, Rauch, Allergie oder durch übermäßige Beanspruchung der Stimme bedingt sind; vor und nach kleineren operativen Maßnahmen im Mund- und Rachenraum.

Gegenanzeigen (Kontraindikationen) und Anwendungsbeschränkungen: Bekannte Überempfindlichkeit gegen Cetylpyridinium-Verbindungen.

Nebenwirkungen: Sind bislang nicht bekannt.

Dosierung und Anwendung: Je nach Bedarf mehrmals täglich 1 Tablette langsam im Mund zergehen lassen.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Sind bislang nicht bekannt.

Wirkungen: Halstabletten-ratiopharm® enthalten den Wirkstoff Cetylpyridiniumchlorid, der eine starke bakterienabtötende Wirkung auf eine große Zahl verschiedener Bakterienarten besitzt und darüber hinaus auch pilzabtötende Eigenschaften aufweist. Cetylpyridiniumchlorid gelangt dank seines Benetzungsvermögens (Verringerung der Oberflächenspannung von Flüssigkeiten) auch in Falten und Taschen der Schleimhautoberfläche des Mundes und fördert so zusätzlich die Ablösung von zähem Schleim. Die antibakterielle Wirkung setzt rasch ein und hält über längere Zeit an.

Darreichungsform, Packungsgrößen, Preise: OP mit 20 Tabletten N1 DM 4,65

ratiopharm GmbH, Arzneimittel, 7900 Ulm (Donau)

Neu auf dem Markt:

Klinomycin® 50 mg in der Kalenderpackung

Zwei neue Packungsgrößen für Klinomycin® 50 mg hat jetzt Lederle Arzneimittel, Wolfratshausen, auf den Markt gebracht:

— eine Kalenderpackung für vier Wochen mit 56 Filmtabletten und

— eine Kalenderpackung für acht Wochen mit 112 Filmtabletten.

Zweck der Kalenderpackung ist die Verbesserung der Patientencompliance. Dadurch werden Einnahmefehler der Patienten minimiert.

Die bisherigen Packungsgrößen mit 50 Filmtabletten (N 2) und 100 Filmtabletten (N 3) stehen weiterhin zur Verfügung.

Breitere Basis für die Calcitonin-Therapie

Calcitonin findet heute in zunehmend mehr Indikationsbereichen Anwendung. Zu den etablierten Einsatzmöglichkeiten zählen Osteoporose, Morbus Paget, Morbus Sudeck (Algodystrophie), Hypercalzämie, akute Pankreatitis und tumorbedingte Knochenschmerzen.

Um eine individuell ausgerichtete Therapie zu ermöglichen, sollten verschiedene Darreichungsformen für Calcitonin verfügbar sein.

Die Calcitonin-Palette der Firma Rorer umfaßt bisher Calcitonin vom Lachs in zwei verschiedenen Dosisgrößen (Calcitonin L 100 I. E. und Calcitonin L 50 I. E.) sowie Calcitonin vom Schwein (Calcitonin S 160 I. E.), jeweils in der besonders stabilen und lagerungsfreundlichen lyophilisierten Form.

Im Januar 1987 wurde dieses Präparatangebot durch die Einführung von Calsynar®, einer spritzfertigen Lösung von Lachs-Calcitonin mit 100 I. E. erweitert. Die in einer Calsynar®-Ampulle enthaltene Wirkstoffmenge entspricht der in der Osteoporosebehandlung üblichen Tagesdosis.

Die Calcitoninpräparate von Rorer stellen auch unter Kostenüberlegungen eine Alternative dar.

Herst. Rorer, Bielefeld

Natürliche und aluminiumarme Gastritistherapie

Aluminiumeinsparung gegenüber herkömmlichen Antazida bei vergleichbarer klinischer Effizienz ist ein Postulat moderner und patientenfreundlicher Gastritistherapie.

Intersan hat eine Broschüre erarbeitet, die dieses Therapiekonzept mit Skilpin® vorstellt. Kostenlos anzufordern bei:

Intersan GmbH, Einsteinstr. 30, 7505 Ettlingen

die Fachministerien und die Landesregierung in gesundheits- und sozialpolitischen Fragen. Dies gilt für Beratungen von Gesetzesvorhaben, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften der Länder, aber auch des Bundes. Die Außenvertretung einzelner Kammerangehöriger in wirtschaftlichen Angelegenheiten durch die Landesärztekammern ist ausgeschlossen. Die Kammern unterstützen den öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Erfüllung seiner Aufgaben und erstatten auf Verlangen der zuständigen Behörden Fachgutachten oder benennen Sachverständige.

● Eine ebenfalls vom Gesetzgeber übertragene und aus humanitären sowie kollegialen Gründen sehr zu begrüßende Aufgabe der Ärztekammern ist es, Fürsorge- und Versorgungseinrichtungen für die ärztlichen Mitglieder und ihre Familien zu schaffen. Seit Jahrzehnten bestehen in den einzelnen Landesärztekammern ärztliche Versorgungswerke. Diesen gehören im Regelfall alle niedergelassenen, angestellten und beamteten Ärzte an. Die Mitglieder der Ärzteversorgung enthalten entsprechend der Alterssicherungsordnung Ruhegelder bei Berufsunfähigkeit und bei Erreichung der Altersgrenze. Die Hinterbliebenen erhalten im Todesfalle des Versicherten eine Rente. Außerdem bestehen bei einigen Ärztekammern Fürsorgeeinrichtungen, die Ärzten und deren Angehörigen individuelle finanzielle Hilfe leisten, falls diese unverschuldet in Not geraten sind.

Vorteile der Selbstverwaltung

Betrachtet man kritisch die Vielfalt des Arbeitsspektrums der Ärztekammern, so wird man kaum einen Grund haben, hieran etwas zu ändern. Die beschriebenen Aufgaben werden von den Landesärztekammern unverändert wahrgenommen und sollten auch weiterhin unbedingt im Selbstverwaltungsbereich verbleiben. Dies bietet nicht zuletzt die Möglichkeit, auf dem Wege demokratisch-parlamentarischer Auseinandersetzungen zwischen den gewählten Vertretern der Ärzteschaft notwendige Detailanpassungen vorzunehmen. Stünde dem einzelnen Arzt ohne Einschaltung einer Selbstverwaltungskörperschaft die staatliche Behörde gegenüber, so wären die Verhältnisse ungleich schwieriger, wie jeder Bürger aus dem Umgang mit Behörden erfahren hat. Bezüglich der Weiterbildungsordnung kann ich mir eine staatliche Festlegung im Einzelfall schon deshalb nicht vorstellen, weil die notwendige Flexibilität und Nutzung des — wenn auch geringen — Ermessungsspielraums bei der Beurteilung vorgelegter Weiterbildungsunterlagen durch Verwaltungsbeamte sicher nicht zu erreichen ist.

Die Notwendigkeit, die Weiterbildungsordnung ständig den sich ändernden wissenschaftlichen und praktischen Bedingungen der ärztlichen Berufsausübung anzupassen, kann nur im Zusammenwirken der wissenschaftlichen Gesellschaften und der ärztlichen Berufsverbände mit den Ärztekammern erfolgen. Eine staatliche Behörde wäre hier völlig überfordert. Für die Fortbildung gilt sinngemäß das gleiche; hier muß die individuelle Freiheit genau wie in der Forschung und Lehre oberstes Gebot bleiben.

Der Fortfall von Schlichtungs- und Gutachterstellen als Einrichtungen der Ärztekammern würde zu einer ständigen Zunahme von Haftpflichtprozessen vor den ordentlichen Gerichten führen, ohne daß damit den berechtigten Anliegen der Patienten gedient wäre noch dem Arzt der notwendige Schutz vor unberechtigten Ansprüchen erhalten würde. Die Selbstverwaltungsorgane haben auch dieses Problem bisher in befriedigender Weise lösen können.

Alle diese Aufgaben sind nur dann erfüllbar, wenn, so wie es der Gesetzgeber vorgeschrieben hat, jeder Arzt Pflichtmitglied der für ihn zuständigen Ärztekammer ist. Damit gilt Recht und Pflicht unseres Berufes ohne Unterschied der Person für alle Ärzte. Unterschiedliche Interessen werden seit eh und je von freien Verbänden wahrgenommen und sollten es auch in Zukunft werden.

Die Alterssicherungseinrichtungen der Ärztekammern werden als Versicherungsunternehmen geführt und bieten in ihrer Versorgung eine Relation zwischen Beitragsaufkommen und Rentenleistung, die von der staatlichen Rentenversicherung nicht annähernd erzielt wird. Dies ruft natürlich auch soziale Neidgefühle hervor, die bei manchen Politikern zu Überlegungen geführt haben, wie man hier eine Nivellierung der Altersbezüge auf der Höhe der staatlichen Rentenversicherung bewerkstelligen könnte. Wir müssen uns unter Berufung auf die Grundrechte entschieden dagegen wehren, in einen sogenannten Harmonisierungstrend hineingezogen zu werden.

Es ist in oppositionellen Kreisen in letzter Zeit viel von verkrusteten Strukturen der ärztlichen Standesorganisationen und dabei insbesondere der Ärztekammern gesprochen worden. Wer die Situation wirklich kritisch und ohne ideologische Voreingenommenheiten betrachtet, kann nicht übersehen, daß bei der fest umrissenen Aufgabenstellung der Ärztekammern grundsätzliche Änderungen nicht möglich und auch im Interesse einer fortdauernden Einwirkung auf die Gesundheits- und Sozialpolitik, aber auch der Interessenvertretung der Gesamtärzteschaft nicht wünschenswert sind.

Wer die Ärztekammern zu allgemeinpolitischen Meinungsmultiplikatoren umwandeln oder gar ihre Aufgaben an den Staat zurückgeben will, begeht damit im Grunde einen Angriff auf die bürgerlichen Freiheiten dieser Republik, die sich aus den Anfängen der Errichtung von Selbstverwaltungsorganen durch die Stein-Hardenbergschen Reformen gerade seit dem Bestehen des freiheitlich-demokratischen Rechtsstaates in der Bundesrepublik Deutschland entwickelt haben.

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Gustav Osterwald, Präsident der Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1

Konzert des Ärzteorchesters

Das Ärzteorchester Hannover, unter der Leitung von Siegfried Schick, gibt am 27. Mai 1987 um 20 Uhr ein Konzert in der Aula der Freien Waldorfschule, Hannover, Rudolf-von-Bennigsen-Ufer 70.

Das Programm:

Wolfgang Amadeus Mozart — Sinfonie Nr. 39 Es-Dur
Edouard Lalò — Symphonie espagnole
Solist: Kazuo Muranaka, Violine
Franz Liszt — 2. Ungarische Rhapsodie

Eintrittskarten zum Preis von 10 DM sind an der Abendkasse und im Vorverkauf bei Laporte, Georgstraße 14, 3000 Hannover 1, Telefon (05 11) 32 92 22, erhältlich.